Le Projet POLICY

Politiques et programmes de santé reproductive après le Caire : Une étude comparative de huit pays

Karen Hardee
Kolila Agarwal
Nancy Luke
Ellen Wilson
Margaret Pendzich
Marguerite Farrell
Harry Cross

Septembre 1998

POLICY est un projet quinquennal financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, aux termes du contrat No. CCP-C-00-95-00023-04. Le projet est mis en œuvre par le Futures Group International en collaboration avec Research Triangle Institute (RTI) et le Centre pour les activités de développement et de population (CEDPA).

Le Projet POLICY

Karen Hardee
Kolila Agarwal
Nancy Luke
Ellen Wilson
Margaret Pendzich
Marguerite Farrell
Harry Cross

Politiques et programmes de santé reproductive après le Caire : Une étude comparative de huit pays

Septembre 1998

Table des matières

PRÉFACE	iv
REMERCIEMENTS	v
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	vi
ABRÉVIATIONS	vii
INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	2
CONTEXTE DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE DANS LES HUIT PAYS	3
PROCESSUS DE FORMULATION DE POLITIQUES : DÉFINITIONS DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE, POLITIQUES ET PRIORITÉS	5
PARTICIPATION, SOUTIEN ET OPPOSITION	16
MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES	23
RESSOURCES FINANCIÈRES POUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE	34
PASSER DES POLITIQUES AUX PROGRAMMES	38
RENFORCER LES CONNAISSANCES ET L' APPUI CHEZ LES PARTIES CONCERNÉES	38
PLANIFIER L'INTÉGRATION ET LES SERVICES DÉCENTRALISÉS	44
RENFORCER LES RESSOURCES HUMAINES	51
AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS	55
TRAITER LES QUESTIONS JURIDIQUES, RÉGLEMENTAIRES ET SOCIALES.....	57
CLARIFIER LE RÔLE DES BAILLEURS DE FONDS.....	60
MAINTENIR L'OPTIQUE À LONG TERME.....	63
RÉCAPITULATIF ET CONCLUSION	65
ANNEXE	68
TABLES RÉCAPITULATIVES DE POLITIQUES ET PROGRAMMES DE SANTÉ REPRODUCTIVE DANS HUIT PAYS, 1997	68
RÉFÉRENCES	80

Préface

Le Projet POLICY a pour but de créer un contexte favorable pour les programmes de planification familiale et de santé reproductive en encourageant la participation à la formulation de politiques qui répondent aux besoins des clients. Le projet compte quatre volets : dialogue et formulation de politiques, participation, planification et finance et recherche. De nature polyvalente, il traite de questions telles que la santé reproductive, le VIH/SIDA, l'équité entre les sexes et les liens intersectoriels.

Le Projet POLICY est réalisé par le Futures Group International en collaboration avec Research Triangle Institute et le Centre pour les activités de développement et de population. L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) finance le projet aux termes du contrat Numéro CCP-C-00-95-00023-04.

Les documents occasionnels de POLICY visent à promouvoir le dialogue concernant les questions de planification familiale et de santé reproductive et à présenter une analyse à jour des divers aspects aux fins d'informer la formulation des politiques en la matière. Les documents sont diffusés à divers publics dans le monde entier dont des décideurs des secteurs public et privé, des conseillers techniques, des chercheurs et des représentants de bailleurs de fonds.

Une liste à jour des publications de POLICY est disponible et peut être consultée à la page d'accueil du FUTURES Group. Des copies des publications de POLICY sont disponibles gratuitement. Pour de plus amples informations sur le projet et ses publications, prière de contacter :

Directeur, Projet POLICY
The Futures Group International
1050 17th Street NW, Suite 1000
Washington, DC 20036
Téléphone : (202) 775-9680
Fax : (202) 775-9694
Courrier électronique : policyinfo@tfgi.com
Internet : <http://www.tfgi.com>

Remerciements

Ce document présente les résultats de huit études de cas réalisées par le Projet POLICY. Ellen Wilson et Nancy Luke ont joué un rôle important au niveau de la formulation de l'instrument de l'enquête et des systèmes de documentation. Margaret Pendzich a concouru à la réalisation des études de cas. Kokila Agarwal et Karen Hardee ont guidé les étapes de la planification, de la mise en œuvre et de la documentation. Karen Hardee, Nancy McGirr et Carol Soble ont revu et annoté les rapports des divers pays. Les études de cas ont été réalisées par Margaret Pendzich (Bangladesh), Kokila Agarwal (Inde et Népal), Nancy Luke (Jordanie et Ghana), Ellen Wilson (Sénégal et Pérou) et Karen Hardee (Jamaïque). Marguerite Farrell et Harry Cross ont participé à la rédaction de l'étude de cas sur l'Inde.

Les auteurs tiennent à faire mention des contributions de toutes les personnes interviewées pour les études de cas. Chaque interview a pris une heure du temps du répondant et certains ont gentiment offert plus de leur temps. Un grand nombre de questions demandaient de la réflexion et le rappel de choses qui s'étaient passées quelques années de cela. Les répondants ont également partagé de nombreux documents sur des politiques écrites, des études et des plans d'exécution se rapportant à la santé reproductive. Nous tenons à mentionner l'assistance du personnel de POLICY et d'autres personnes concernant la réalisation des interviews pour les études de cas. Nous aimerions remercier notamment Tom Merrick, Janet Smith et Nancy McGirr qui ont revu les avant-projets. Nous aimerions également exprimer notre reconnaissance à nos collègues de l'USAID/Washington, Barbara Crane et Elisabeth Schoenecker pour leur soutien et l'examen qu'elles ont fait des études de cas sur la santé reproductive. Toutefois les vues exprimées ici ne reflètent pas forcément les opinions de l'USAID.

Résumé analytique

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994 a attiré l'attention du monde entier sur les politiques et programmes de santé reproductive. Les représentants officiels d'un grand nombre de pays ont adopté les recommandations du *Programme d'action* de la CIPD et ont réorienté leurs politiques et programmes de population, insistant moins sur les objectifs démographiques de réduction de la population et davantage sur l'amélioration de la santé reproductive de leur population. Ce document présente des informations provenant des études de cas réalisées au Bangladesh, en Inde, au Népal, en Jordanie, au Ghana, au Sénégal, en Jamaïque et au Pérou afin d'évaluer les processus et progrès de chaque nation sur le plan de la santé reproductive.

Les études de cas indiquent que, dans le contexte socioculturel et programmatique qui leur est propre, les huit pays font des progrès très notables, accordant à la santé reproductive une place importante dans le programme sanitaire national. Tous les pays ont adopté la définition de la CIPD sur la santé reproductive, soit intégralement soit partiellement. Le dialogue en matière de politiques se déroule dans les plus hautes sphères de tous les pays. Les pays ont fait des progrès considérables en ce qui concerne une participation accrue à la formulation des politiques relatives à la santé reproductive. Le Bangladesh, le Sénégal et le Ghana ont particulièrement bien réussi à faire participer les ONG et les organisations de la société civile à la formulation des politiques et des programmes. Mais dans certains autres pays, le niveau de participation et de soutien politique pour la santé reproductive risque de ne pas être suffisant pour passer aisément à l'étape suivante qui est d'une importance capitale, celle de la mise en œuvre.

Les études de cas montrent de manière quasi-uniforme que les pays rencontrent des difficultés aux niveaux suivants : fixer les priorités, trouver le financement et mettre en œuvre les interventions de santé reproductive. Le Bangladesh a fait le plus de progrès dans ces domaines alors que l'Inde, le Népal, le Ghana, le Sénégal, la Jamaïque et le Pérou commencent à prendre les mesures nécessaires pour mettre en œuvre les activités de santé reproductive. La Jordanie continue à se concentrer uniquement sur la planification familiale. Ces pays devront relever plusieurs défis de taille alors qu'ils continuent à réaliser les programmes de santé reproductive. Il s'agit des défis suivants : améliorer la connaissance des programmes de santé reproductive parmi les parties concernées et le soutien qu'elles accordent à ces programmes, planifier l'intégration et les services décentralisés, renforcer les ressources humaines, améliorer la qualité des soins, traiter les questions juridiques, réglementaires et sociales, clarifier le rôle des bailleurs de fonds et maintenir l'optique à long terme concernant la mise en œuvre du programme de la CIPD.

Malgré de nombreux signes encourageants, peu de progrès ont été faits pour traduire le *Programme d'action* dans la réalité et cela n'est guère surprenant. En effet, il a fallu plus d'une génération pour arriver à l'adoption et à la mise en œuvre de programmes de planification familiale dans le monde entier et la tâche est loin d'être achevée. Les pays pourront continuer à progresser s'ils se donnent des priorités, élaborent des budgets, procèdent aux améliorations de manière progressive et mettent en place des stratégies de mise en œuvre des interventions de santé reproductive.

Abréviations

ASBEF	Association pour le bien-être familial
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CONAPO	Conseil national de population
COREPO	Conseil régional de population
DRHP	Direction des ressources humaines et de la planification
DIU	Dispositif intra-utérin
PF	Planification familiale
PNB	Produit national brut
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
IEC	Information, éducation et communication
IPPF	Fédération internationale de planification familiale
ITG	Infections du tractus génital
JAFPP	Association de la planification familiale de la Jordanie
MSP	Ministère de la santé publique
MFEF	Ministère de la femme, des enfants et de la famille
MINSA	Ministère de la santé au Pérou
MSBEF	Ministère de la santé et du bien-être familial
MSSS	Ministère de la santé et des soins de santé
MSPAS	Ministère de la santé publique et de l'action sociale
MST	Maladies sexuellement transmissibles
NAC	Comités nationaux de lutte contre le SIDA
NACO	Organisation nationale de lutte contre le SIDA
NCASC	Comité national de lutte contre le SIDA et les MST
NFPG	Conseil national de planification familiale
NPC	Comité national de population
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PAIP	Programme des actions et des investissements prioritaires pour la population
PIOJ	Institut de planification de la Jamaïque
PPAJ	Association de la planification familiale de la Jamaïque
PPAG	Association de la planification familiale du Ghana
PPCC	Comité de coordination des politiques de population
PROCETSS	Programme de lutte contre le SIDA et les MST
PROMUDEH	Ministère de la promotion des femmes et du développement humain
SANFAM	Santé et famille
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SRI	Santé reproductive et infantile
SSSP	Stratégie du secteur de la santé et de la population
SR	Santé reproductive
USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Programmes et politiques de santé reproductive post-Caire : Une étude comparative de huit pays

Introduction

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994 a attiré l'attention du monde entier sur les politiques et programmes de santé reproductive. Les représentants officiels d'un grand nombre de pays ont adopté les recommandations du *Programme d'action* de la CIPD et ont réorienté leurs politiques et programmes de population, insistant moins sur les objectifs démographiques de réduction de la population et davantage sur l'amélioration de la santé reproductive de leur population.

Ce document présente une information provenant de huit études de cas de pays réalisées pour évaluer le processus utilisé et les progrès faits en vue d'atteindre les objectifs fixés en matière de santé reproductive. Les études de cas ont été réalisées au Bangladesh, en Inde, au Népal, en Jordanie, au Ghana, au Sénégal, en Jamaïque et au Pérou. Le but des études de cas est de décrire le contexte de politiques de santé reproductive et le rôle joué par la CIPD de 1994 au niveau de la mise sur pied des politiques et programmes de santé reproductive.

Le document montre que bien des progrès ont été faits pour élaborer des politiques de santé reproductive en fonction de la définition donnée par la CIPD de la santé reproductive. Mais le *Programme d'action* de la CIPD n'a pas fourni de schéma directeur pour la mise en œuvre de services de santé reproductive complets et intégrés. Les pays cherchent à définir des priorités en fonction des ressources disponibles. Des progrès moindres ont été faits du point de vue exécution de programmes intégrés de santé reproductive bien que des services regroupant un grand nombre des éléments de la santé reproductive soient disponibles dans beaucoup de pays. Ces derniers se heurtent à plusieurs défis de taille alors qu'ils continuent à réaliser des programmes de santé reproductive : faire connaître davantage les programmes de santé reproductive parmi les décideurs et renforcer leur soutien, planifier l'intégration et les services décentralisés, renforcer les ressources humaines, améliorer la qualité des soins, traiter les questions juridiques, réglementaires et sociales, clarifier le rôle des bailleurs de fonds et maintenir la perspective à long terme de la réalisation du programme du Caire.

Méthodologie

Les études de cas ont été réalisées par le biais d'interviews approfondies avec 20 à 44 individus clés dans chaque pays dans le domaine de la population et de la santé reproductive. Les répondants étaient des représentants de ministères publics, de parlements, d'institutions universitaires, d'organisations non gouvernementales (ONG), de groupements féminins, du secteur privé, de bailleurs de fonds, d'organisations américaines d'assistance technique et des membres du personnel des soins de santé. Ces groupes ne sont pas tous représentés dans chaque étude de cas. Le guide d'interview donnait la définition et les priorités de la santé reproductive et montrait comment les politiques de santé reproductive étaient mises en œuvre, quels étaient les comités ou les mécanismes responsables de la mise en place des politiques de santé reproductive, notamment le niveau de participation des divers groupes, le soutien ou l'opposition à la santé reproductive, le rôle du secteur privé et des ONG, la manière dont les services sont dispensés, le financement national et des bailleurs de fonds pour la santé reproductive et les défis restants à la mise en œuvre des politiques et des programmes de santé reproductive. Les interviews se concentraient sur les sections du guide où les répondants avaient le plus de connaissances et d'expertise. Le personnel ou les consultants du projet POLICY ont assumé le rôle d'interviewer pour les études de cas et ont revu le cas échéant le matériel publié. Les travaux de terrain pour les études de cas se sont déroulés entre juillet et décembre 1997. Le contenu des études de cas repose sur les opinions de 20 à 44 répondants dans chacun des huit pays qui sont des experts en la matière et il reflète la situation qui existait au moment des interviews. Tous les pays ont continué depuis à faire des progrès en ce qui concerne la réalisation des programmes de santé reproductive.

Contexte de la santé reproductive dans les huit pays

Le contexte de la santé reproductive change beaucoup d'un pays à l'autre. De fait quatre régions sont représentées : Asie (Bangladesh, Inde et Népal), Proche-Orient (Jordanie), Afrique (Ghana et Sénégal) et Amérique latine et Caraïbes (Pérou et Jamaïque). Les pays comptent un nombre d'habitants se situant dans une fourchette allant de 2,6 millions sur l'île de la Jamaïque à presque un milliard en Inde (voir Tableau 1). L'urbanisation dans ces pays est à des stades plus ou moins avancés. Dix pour cent de la population du Népal vit dans des zones urbaines alors que cette proportion est de 78% en Jordanie. Le produit national brut par habitant (PNB) va de 200\$US au Népal à 2.310\$US au Pérou. Les femmes constituent moins d'un tiers de la population active en Jordanie, au Pérou et en Inde alors qu'elles représentent la moitié de la population active au Ghana. L'alphabétisation des femmes adultes se situe dans une fourchette allant de 14% au Népal à 89% en Jamaïque. Exception faite de la Jamaïque, l'alphabétisation des femmes est plus faible que chez les hommes, l'écart le plus marqué étant noté pour les femmes du Népal.

Les femmes en Jamaïque ont 2,6 enfants en moyenne pendant leur vie (indice synthétique de fécondité) comparées aux femmes sénégalaises qui en ont six. La prévalence de la contraception parmi les femmes en âge de procréer est de l'ordre de 7% chez les femmes au Sénégal alors qu'il est de 62% en Jamaïque. Le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes est le plus faible en Jamaïque (120) et le plus élevé au Népal à 1.500 (voir Tableau 1). Les décès infantiles pour 1.000 naissances vivantes suivent la même tendance : le taux étant le plus faible en Jamaïque à 24 et le plus élevé au Népal à 79. Moins de 10% des naissances ont lieu en présence d'un agent de santé qualifié au Bangladesh et au Népal alors que ce chiffre est de 86% en Jordanie et de 88% en Jamaïque. Le VIH continue de représenter un grave danger surtout en Inde, en Jamaïque, au Sénégal et au Ghana.

Dans tous les huit pays, les femmes ont tendance à jouer un rôle subordonné par rapport à celui des hommes bien que ce soit de manières différentes et dans des degrés différents. Les statistiques sur l'état de santé reproductive des femmes témoignent bien de la situation des femmes et des différents contextes sociaux, culturels et économiques de la vie des habitants des huit pays.

TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES¹ DE SANTÉ REPRODUCTIVE DANS LES HUIT PAYS, ANNÉES CHOISIES, ANNÉES 90

Eléments	PAYS							
	BAN- GLA- DESH	INDE	NÉPAL	JORDA- NIE	GHANA	SÉNÉGAL	JAMAÏQUE	PÉROU
Population (en millions, milieu 1997) ²	122,2	969,7	22,6	4,4	18,1	8,8	2,6	24,4
Population urbaine (pourcentage, années 90) ³	16	26	10	78	36	43	50	70
PBN par habitant (dollars américains, 1995) ³	240	340	200	1.510	390	600	1.510	2.310
Population active, pourcentage de femmes dans le total (1995) ³	42	32	41	28	52	42	45	29
Taux de alphabétisation des adultes (1995) ³								
Femmes	26	38	14	79	53	23	89	83
Hommes	49	65	41	93	76	43	81	94
Indice synthétique de fécondité (années 90) ²	3,6	3,5	4,6	5,6	5,5	6,0	2,6	3,5
Taux de prévalence de la contraception (femmes en âge de procréer en union, 1990-1996) ²								
Total	45	41	29	35	20	7	62	59
Moderne	36	36	26	27	10	5	58	33
Décès maternels pour 100.000 naissances vivantes (années 90) ²	850	570	1.500	150	740	1.200	120	280
Taux de mortalité infantile (années 90) ²	77	75	79	36	66	68	24	55
Naissances en présence du personnel sanitaire (en pourcentage, 1990) ²	7	44	6	86	42	40	88	78
Prévalence du VIH (données des villes, en pourcentage, 1995) ⁴								
Faible risque	0,0	2,5	0,0	---	3,2	1,7	0,7	---
Risque élevé	1,2	28,6	1,3	---	5,2	10,1	24,6	---

¹ Aux fins de comparabilité, des sources internationales ont été utilisées pour l'information du Tableau 1. Dans certains cas, des données plus récentes sont disponibles pour les divers pays. Ces données plus récentes sont reflétées par les rapports des pays individuels.

² Population Reference Bureau. 1997. World Population Data Sheet

³ Banque mondiale 1997. World Development Indicators, 1997

⁴ Bureau du recensement, base de données sur la surveillance du VIH/SIDA

Processus de formulation de politiques : Définitions de la santé reproductive, politiques et priorités

Parmi les huit pays, c'est l'Inde qui fut le premier au monde à adopter une politique de population (1952) et le Ghana fut le pays africain à faire de même (1969). Les programmes de planification familiale et plus récemment de santé reproductive se sont développés à des cadences différentes accordant plus ou moins d'importance à certaines méthodes et à certains services. Le « processus du Caire », démarré quelques années avant la CIPD et qui dure encore aujourd'hui, a aidé certains pays à achever, consolider ou revoir les politiques se rapportant à la santé reproductive. Bien qu'un grand nombre de pays aient commencé à donner une nouvelle orientation à leurs programmes et politique, les dirigeant davantage vers la santé reproductive avant que ne déroule la CIPD de 1994, chacun des huit pays a adopté actuellement la définition de la santé reproductive du *Programme d'action* de la CIPD comme base de sa définition nationale. La définition de la CIPD est donnée ci-après.

« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle ne le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles et non pas à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. »

*Paragraphe 7,2
CIPD Programme d'action*

Six pays ont fondé leurs définitions de la santé reproductive sur la définition complète et détaillée de la CIPD bien que l'adoption de la définition textuelle ne signifie qu'ils ont adopté tous les aspects de la santé reproductive essayant de les reproduire dans le cadre de leurs services. La plupart des pays ont cherché à se donner des priorités parmi les volets de la santé reproductive. A l'évidence la planification familiale est au premier rang de ces priorités suivies par la santé maternelle et infantile (SMI), les MST/VIH/SIDA et les infections du tractus génital (ITG). Les services d'avortement et les soins post-avortement reçoivent une attention de plus en plus grande dans certains pays au même titre que les programmes pour les adolescents. Les

cancers des organes reproducteurs et le traitement de la stérilité ne reçoivent que peu d'attention dans les huit pays en question et, dans la plupart des cas, la violence à l'égard des femmes n'entre pas dans la portée des programmes. Le Bangladesh, l'Inde et le Sénégal ont adopté l'approche de l'ensemble de services essentiels ou minimums. Les aspects se rapportant aux droits en matière de reproduction dont il est question dans le *Programme d'action* de la CIPD ont reçu nettement moins d'attention que les aspects sanitaires. Le Tableau 1 en Annexe présente les politiques de chaque pays en ce qui concerne les diverses composantes de la santé reproductive.

Bangladesh. Au Bangladesh, un grand nombre des politiques traite des divers éléments de la santé reproductive bien que la plupart des politiques aient été adoptées avant la CIPD de 1994. Les politiques couvrent la planification familiale, la réduction de la mortalité maternelle, la SMI, la nutrition et l'allaitement maternel. La CIPD a notamment réussi à encourager les décideurs à réfléchir en termes d'approche intégrée à la santé reproductive plutôt que d'envisager les éléments individuels de la santé reproductive comme des programmes verticaux. Plusieurs nouvelles politiques sont en train d'être formulées pour les éléments individuels de la santé reproductive, par exemple pour les MST/SIDA et les soins obstétricaux d'urgence. Un certain nombre d'équipes spéciales ont rédigé en août 1997 un avant-projet d'une stratégie nationale complète pour la santé reproductive que le Gouvernement est en train de revoir au moment où était faite l'étude de cas.

Le Bangladesh a adopté officiellement la définition donnée par la CIPD de la santé reproductive. Mais le pays cherche à rendre les services de santé reproductive disponibles à tous les habitants par le biais de l'ensemble des services essentiels. Celui-ci comprend les services prioritaires suivants :

- Santé maternelle (y compris services prénatals, accouchement et soins post-natals, régulation menstruelle et soins pour les complications post-avortement) ;
- Santé des adolescents ;
- Planification familiale ;
- Prise en charge et prévention/lutte contre les ITG, les MST et le VIH/SIDA ; et
- Santé infantile avec notamment un programme élargi de vaccinations, le traitement des infections respiratoires aiguës, la lutte contre les maladies diarrhéiques et la prévention de la malnutrition (Ministère de la Santé et du Bien-Etre familial, 1997).

« Après la CIPD, nous avons renforcé le choix informé en supprimant le concept des objectifs que devrait atteindre chaque centre en matière de planification familiale. Le Caire a influencé nos politiques et programmes mais l'Inde était au courant des problèmes liés à l'approche – objectifs à atteindre. La CIPD a poussé au changement. »

Un répondant du gouvernement de l'Inde

Dix équipes spéciales et un comité directeur, créés suite à la CIPD, ont déterminé les services faisant parties de l'ensemble de soins essentiels. L'ensemble n'assigne aucune priorité à l'un ou l'autre de ces éléments bien que les cancers des organes reproducteurs et la stérilité reçoivent moins d'attention car ces problèmes n'affectent que de petits nombres de personnes et que leur traitement revient cher. L'infécondité primaire causée par les ITG sera traitée en grande partie par les protocoles sur le traitement des MST/ITG. La mutilation génitale des femmes n'est

pas pratiquée au Bangladesh. La violence à l'égard des femmes est un problème auquel le Parlement cherche à trouver des solutions mais en dehors du domaine de la santé reproductive.

Inde. Le Gouvernement de l'Inde soutient le *Programme d'action* de la CIPD tel que témoigne le Plan d'action de 1992 sur la restructuration du programme du bien-être familial en Inde. Un représentant d'une organisation d'assistance technique internationale s'exprime ainsi : « Le Caire avalise la santé reproductive. Le processus a commencé en Inde bien avant le Caire. Les voix des femmes se sont fait entendre clairement et avec force. » La nouvelle approche adoptée par les politiques de santé reproductive se concentre pour la première fois sur les droits et les choix des clients. Un représentant du gouvernement fait le commentaire suivant à ce propos : « Après la CIPD, nous avons renforcé le choix informé en supprimant le concept des objectifs que devrait atteindre chaque centre en matière de planification familiale. Le Caire a influencé nos politiques et programmes mais l'Inde était au courant des problèmes liés à l'approche - objectifs à atteindre. La CIPD a poussé au changement. » De plus, un comité de travail nommé avant le Caire avait réformé la *Politique nationale de la population*. La politique existe sous forme préliminaire mais certaines de ses composantes ont été intégrées au *Programme de la santé reproductive et infantile* de 1996. Une journaliste et activiste des droits de la femme fait le commentaire suivant : « Nous ne savons pas si c'est accepté par le gouvernement actuel. La principale lacune du document concerne le manque de détails pour l'exécution. C'est un document pro-femme et pro-développement mais il n'examine le côté faisable des interventions. » L'Inde a également formulé un avant-projet de politique pour les jeunes.

La suppression des objectifs à atteindre pour telle ou telle méthode de contraception représente l'un des grands accomplissements de la CIPD. C'est surtout important pour les procédures de stérilisation féminine. L'Inde a défini un ensemble de base des services essentiels de santé reproductive et infantile (SRI) qui comprend les éléments suivants :

- Prévention et prise en charge des grossesses non souhaitées dont l'avortement et la planification familiale avec services de stérilisation, marketing social, distribution des contraceptifs oraux et de condoms et dispositifs intra-utérins (DIU) ;
- Soins de maternité avec services prénatals, soins lors de l'accouchement et services du post-partum ;
- Survie de l'enfant avec allaitement maternel, nutrition, vaccination, suivi de la croissance, dépistage et prise en charge des infections respiratoires aiguës, distribution des suppléments de vitamine A et prise en charge de la diarrhée ; et
- Prévention et prise en charge des ITG/MST avec dépistage en utilisant l'approche syndromique et le dépistage anténatal pour la syphilis.

Le programme de SRI englobera tous ces services et cherchera à accroître la qualité et l'accès tout en renforçant la capacité de prestation de services chez le personnel des soins de santé au niveau local. La planification familiale, la survie de l'enfant et la maternité sans risques sont des priorités pour tous les districts. Par la suite, ces derniers ajouteront les ITG et les MST. Le programme existant de survie de l'enfant et de maternité sans risques traite des soins essentiels pour les enfants, y compris les vaccinations, la prise en charge de la diarrhée et de la pneumonie ainsi que la supplémentation en vitamine A. Mais tel que le remarque ce responsable

du plaidoyer en matière de population, « il n'y a pas de priorité, c'est un concept vague et ambigu. Nous avons besoin de mécanismes pour classer par ordre prioritaire. Le gouvernement n'y a pas assez songé ». Certaines composantes de la santé reproductive telles que les cancers des organes reproducteurs et l'infécondité reçoivent moins d'attention car le traitement est complexe et cher. La mutilation génitale de la femme n'est pas pratiquée en Inde. L'équité entre sexes qui est un des grands thèmes des ONG s'occupant des questions de la femme sera incluse au programme SRI par le biais de l'attention portée à la qualité des soins, notamment une meilleure interaction entre les prestataires et les clients.

« *La politique de la santé reproductive a été conceptualisée et intellectualisée mais aucune directive n'a été formulée concernant la manière d'aborder les services.* »

Répondant du MSP, Népal

Népal. En 1983, la Commission nationale de la population a rédigé une politique en matière de population qui constitue le fondement de sections sur les stratégies démographiques du septième et huitième plans quinquennaux du développement national. En 1991, le gouvernement a adopté une *Politique sanitaire nationale* dont le but principal est d'étendre les services préventifs et curatifs aux zones rurales. La politique restructure l'organisation des services sanitaires, supprimant les programmes verticaux et préconisant une approche plus intégrée à la prestation des soins de santé. Suivant l'atelier national sur la santé reproductive organisé sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1996, le gouvernement a rédigé une stratégie de santé reproductive. En 1994, le Comité national de lutte contre le SIDA et les MST (NCASC) au sein du Ministère de la santé (MSP) a formulé des politiques sur la prévention et le traitement du VIH/SIDA/MST et les ITG. Récemment, la Division de la planification du MSP a rédigé le *Second Plan de santé à long terme, 1997-2017*. Mais le plan ne reflète pas l'ensemble intégré des soins de santé reproductive dont il est question dans la stratégie de santé reproductive. De fait, il ne traite que de l'ensemble de base des soins de santé.

La définition de la santé reproductive au Népal est conforme à la définition complète du Caire englobant tous les éléments de la santé reproductive. Le document de la stratégie de la santé reproductive englobe également la définition de la CIPD. L'ensemble intégré élaboré lors de la réunion de l'OMS en 1996 comporte les éléments suivants :

- Planification familiale ;
- Maternité sans risques y compris les soins du nouveau-né ainsi que la prévention et la prise en charge des complications de l'avortement ;
- Santé infantile ;
- ITG/MST/VIH ;
- Prévention et traitement de l'infécondité/stérilité ;
- Santé reproductive des adolescents ;
- Problèmes des femmes plus âgées ; et
- Cancers des organes reproducteurs.

« Il existe 15 définitions différentes de la santé reproductive » tel que l'indique un représentant d'un bailleur de fonds. Un répondant d'une organisation américaine d'assistance technique fait les remarques suivantes : « Il n'existe pas de réel consensus sur la définition de la santé reproductive, la définition que donne à ce propos l'OMS est différente de celle que soutient le FNUAP [Fonds des Nations Unies pour la Population]. » Jusqu'à présent, aucune initiative n'a été prise pour fixer des priorités au sein des activités de santé reproductive. Un répondant du MSP a souligné l'importance de directives claires. Il a fait savoir que « la politique de la santé reproductive a été conceptualisée et intellectualisée mais aucune directive n'a été formulée concernant la manière d'aborder les services ». Au milieu de 1998, le Népal a commencé à se donner des priorités.

Jordanie. Au début de 1990, le Comité national de la population (NPC) a rédigé la première *Stratégie nationale de la population*, base dont s'est servie la délégation de la Jordanie auprès de la CIPD en 1994. Le Conseil des Ministres approuvait en 1993 la *Politique nationale sur l'espacement des naissances*. La politique ne revêt pas encore un caractère complet mais elle témoigne bien du souhait du Gouvernement d'inclure les variables démographiques au plan de développement. Le plan de développement quinquennal de la Jordanie de 1993 à 1997 traite des questions de population qui doivent être résolues par le biais des programmes de planification familiale, surtout l'espacement des naissances et l'introduction des questions de population au programme scolaire. En mars 1996, le Conseil des Ministres approuvait la *Stratégie nationale de la population*. Cette stratégie n'inclut pas toutes les recommandations du Caire bien que la CIPD ait influencé la démarche de formulation de cette stratégie. A la fin de 1997, le NPC avait nommé une équipe spéciale pour revoir la stratégie en tenant compte des recommandations de la CIPD.

« Les gens ont une vague idée de ce que signifie la santé reproductive. »
Répondant d'une organisation internationale d'assistance technique, Jordanie

La Jordanie n'a pas de définition de la santé reproductive acceptée par tous. Un représentant d'une organisation d'assistance technique internationale fait le commentaire suivant à ce propos : « Les gens ont une vague idée de ce que signifie la santé reproductive. » Les répondants du MSP étaient au courant de la CIPD mais ils ne prenaient pas la santé reproductive comme la nouvelle approche à l'organisation et à la prestation des services de santé. De fait, les hauts responsables du MSP considéraient que la planification familiale était un concept plus vaste et plus englobant que la santé reproductive. Les programmes de santé de la Jordanie comprennent plusieurs éléments de la santé reproductive. Les domaines prioritaires sont l'espacement des naissances, la maternité sans risques, les soins du nourrisson ainsi que les programmes de nutrition maternelle et infantile. Peu de répondants ont mentionné d'autres éléments de la santé reproductive (par exemple les MST et les cancers des organes reproducteurs) comme étant des domaines prioritaires. Les répondants ont noté que certains éléments de la santé reproductive n'étaient pas de véritables problèmes dans leur pays, notamment le SIDA (pas assez de cas pour que cela devienne une priorité), la violence à l'égard des femmes (n'était pas jugée présente ou alors n'était pas portée à l'attention des responsables) et la mutilation génitale de la femme (pratique qui n'existe pas dans le pays). Au moment de

l'étude de cas, deux organisations réalisaient des évaluations de la santé reproductive pour déterminer les priorités en la matière.

Ghana. En 1994 avant la CIPD, le Ghana a revu sa politique de population, élargissant le concept au-delà de la planification familiale pour couvrir la santé reproductive, l'environnement, l'habitat, etc. La politique du Ghana a été formulée avant la CIPD mais elle comprend des recommandations analogues surtout en ce qui concerne la composante de la SMI/planification familiale (PF). Un des répondants du NPC explique, « le volume 2 du Plan d'action traite de la SMI/PF alors qu'en fait, il s'agit de la santé reproductive. Nous avons de l'avance sur la CIPD ». Les recommandations de la CIPD ont été intégrées aux nouvelles politiques et stratégies d'exécution et les plans d'action ont été amendés. Un des membres du NPC indique que « si nous devons formuler une politique complète en matière de population aujourd'hui, nous utiliserions toutes les recommandations du Caire. Mais au lieu de changer la politique de 1994, nous avons plutôt essayé de la traduire dans la réalité. Ce qui s'est passé au Caire ne figure pas explicitement dans notre document de politique, ce ne sont que des directives. Nous tenons compte des recommandations du Caire quand nous mettons sur pied des stratégies, par exemple notre stratégie d'information, éducation et communication (IEC) ».

« Il y a une différence entre la SMI et la santé reproductive. La santé reproductive parle à tout le monde : les hommes, les femmes, les enfants et les jeunes. »

Répondant du MSP, Ghana

Après la CIPD, le MSP a entrepris une évaluation des formations sanitaires pour déterminer l'information et les services disponibles actuellement pour la santé reproductive. En revoyant les directives existantes, les répondants du MSP ont indiqué qu'il existait des directives parallèles pour les activités liées aux MST et SMI dont certaines contredisaient entre elles. Il n'existait pas non plus de normes établissant les responsabilités des agents de santé. Par conséquent, partant du principe que le MSP et d'autres organisations de services avaient besoin d'une politique d'exécution séparée, les représentants gouvernementaux et non gouvernementaux ont mis au point les *Normes et politiques de la santé reproductive* de 1996. De plus, tel que l'explique un membre du NPC, « nous pensons que la santé reproductive des adolescents a besoin de recevoir une attention spéciale et nous avons élaboré davantage la politique de santé reproductive ». La *Politique de la santé reproductive des adolescents* est liée à la constitution de 1992 et à la *Politique nationale de la population* de 1994 qui notent la responsabilité du gouvernement face aux jeunes. La *Politique de la santé reproductive des adolescents* traite de diverses autres questions que la santé telles que l'emploi et l'éducation et ne se concentre pas sur les services.

Le Ghana a adopté la définition de la santé reproductive de la CIPD mais plusieurs répondants ont indiqué que le pays se concentrait déjà sur les questions de santé reproductive avant le Caire. Un des répondants a dit : « L'après Caire ? Nous avons eu la chance d'avoir une vision avant 1994. » Toutefois, les répondants ont mentionné que la CIPD avait permis d'orienter encore davantage les politiques et les programmes en direction de la santé reproductive. Citons à ce propos un répondant du MSP : « Il y a une différence entre la SMO et la santé reproductive. En effet, la santé reproductive couvre tout le monde, les hommes, les femmes, les enfants et les

jeunes. Je pense que les femmes restent prioritaires car elles sont les plus touchées par les maladies. » Plusieurs autres répondants se sont montrés d'accord avec cette priorité accordée aux femmes. Les répondants ont également indiqué que les services pour les adolescents et le VIH/SIDA relevaient d'un domaine prioritaire au Ghana. Voici le commentaire d'un membre du NPC : « On se concentre beaucoup sur la santé reproductive des adolescents car le domaine a été retenu comme prioritaire au Caire et à Beijing. Nous voyons des enfants dans la rue en train de vendre diverses choses. Le nombre d'adolescents, les emplois dont on a besoin, le risque de contracter le VIH. Le problème est évident. » Un représentant du programme de Lutte contre le SIDA indique : « Le SIDA est une priorité à cause de la prévalence. Actuellement, on estime 4 à 5% pour le VIH et, si la tendance se maintient, cela sera de l'ordre de 8% d'ici l'an 2005. » Un représentant officiel du MSP a indiqué que la maternité sans risques, la planification familiale et les MST sont des domaines prioritaires pour le MSP outre les services pour adolescents. Ce représentant explique que « ces priorités sont déterminées par des indicateurs. Les taux de mortalité maternelle et infantile sont tellement élevés. Nous ne connaissons pas la prévalence des MST et nous voyons grimper celle du VIH et nous savons donc qu'il existe également un problème en ce qui concerne les MST. Les données parlent d'elles-mêmes. Sur le plan de la planification familiale, les taux de fécondité sont tellement élevés que nous souhaitons les diminuer ». La mutilation génitale de la femme n'est pas une question prioritaire pour le MSP ou le NPC vu le manque de ressources adéquates et l'existence d'autres problèmes plus urgents.

Sénégal. Le Sénégal a élaboré plusieurs plans qui traitent de différents aspects de la santé reproductive dont le *Programme des actions et des investissements prioritaires pour la population, 1997-2001 (PAIP)* et le *Plan national de développement sanitaire*. Un grand nombre de ces plans se chevauchent bien que chacun ait sa propre direction. Le PAIP a été formulé en 1996-1997 sous les auspices de la Direction de la planification des ressources humaines (DPRH) relevant du Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan. Elle comporte trois parties : les stratégies de population et de développement, un programme national pour la santé reproductive et le plaidoyer/IEC. Pris ensemble, ces trois piliers constituent le plan sanitaire le plus complet du pays. Il reflète les éléments des programmes de santé reproductive compris dans d'autres plans. Le premier et le troisième piliers entrent dans la responsabilité de la DPRH et le second incombe au Ministère de la Santé publique et de l'Action sociale (MSPAS).

Dû peut-être au caractère relativement récent des programmes de planification familiale au Sénégal si l'on compare à d'autres pays, la santé reproductive est un nouveau concept adopté en réponse à la CIPD. Le FNUAP qui a joué un rôle important au niveau de la promotion et de la clarification du concept a parrainé une série d'ateliers sur l'ensemble du pays pour expliquer la définition de la santé reproductive. Quand on leur a demandé d'expliquer la définition de la santé reproductive au Sénégal, la plupart des répondants ont répliqué en disant : « La définition de la santé reproductive au Sénégal repose sur les recommandations de la CIPD. » Les questions sur les politiques et les programmes de santé reproductive ont généralement suscité une discussion sur les politiques et les programmes de planification familiale. Les répondants ont fourni des informations sur d'autres éléments de la santé reproductive tels que les MST et le SIDA, la santé maternelle ou la mutilation génitale de la femme mais uniquement quand des questions précises étaient posées à cette fin. Les éléments du *Programme d'action* de la CIPD traitant des droits en matière de procréation et des droits de la femme sont moins acceptés au Sénégal que ceux relevant de la santé. Un des répondants du gouvernement a indiqué que « la famille est l'unité

sociale de base au Sénégal et la santé reproductive n'est acceptée que si elle est exprimée en termes de famille ».

Le Gouvernement n'a pas fixé des priorités claires dans le domaine de la santé reproductive. Le PAIP propose des activités pour les composantes de la santé reproductive, allant de la participation des hommes à la planification familiale jusqu'à la mutilation génitale de la femme et à l'allaitement maternel. Le programme est très complet mais il ne fournit aucune indication qui permettrait de voir lesquelles de ce vaste champ d'activités ont un caractère prioritaire pour le gouvernement. Un répondant d'une organisation américaine d'assistance technique a décrit le PAIP comme une « liste de désirs » que le gouvernement présente aux bailleurs de fonds. Un autre répondant d'un bailleur de fonds fait savoir que, pour le gouvernement « tout reste encore prioritaire ». En 1991, le MSPA a défini un ensemble minimum de services fournis à chaque niveau du système de santé (hôpitaux, centres de santé et postes de santé.) Mais tous les établissements sanitaires ne fournissent pas l'ensemble complet. L'ensemble minimum de services pour les postes de santé est le suivant :

- Consultation curative primaire ;
- Soins prénatals ;
- Consultations préventives du bébé ;
- Vaccinations ;
- Récupération nutritionnelle ; et
- Planification familiale.

Outre les activités des postes de santé, les centres de santé devraient fournir des services pour les cas suivants :

- Accouchements avec complications ;
- Urgences médicales (soins intensifs) ;
- Urgences chirurgicales ;
- Examens de laboratoire ; et
- Radioscopie et radiographie.

Jamaïque. Selon un représentant du gouvernement, « les révisions portées à la politique de population de 1983 ont commencé dans le cadre du processus du Caire avec notamment des discussions sur l'équité entre sexes, les personnes âgées, les enfants ainsi que l'environnement et le développement ». La *Politique nationale de la population* (revue) en 1995 ne fait pas de référence explicite à la santé reproductive. Parallèlement, le Comité de coordination de la politique de population (PPCC) a élaboré le *Plan national d'action sur la population et le développement* (1995-2015). Le plan a été conçu « spécifiquement pour appliquer les recommandations et les objectifs de la *Politique nationale de la population* telle que revue et le *Programme d'action* de la CIPD » (PIOJ, 1995). Il comprend un chapitre sur les droits en matière de procréation et la santé reproductive mais ce n'est pas un schéma d'action. La plupart des déclarations indiquent que la Jamaïque « devrait » entreprendre les activités recommandées mais elles ne spécifient pas comment.

Le PPCC a discuté de l'élaboration d'une politique de santé reproductive mais a demandé au Conseil national de planification familiale (NFPB) et au MSP de présenter une proposition pour la politique. « Il existe bien une vision montrant comment ces choses devraient être mais aucune politique complète sur la santé reproductive, les droits en matière de reproduction et l'équité entre sexes. Les choses se déroulent de manière fragmentée » selon un représentant du Gouvernement. Tant qu'il n'existe pas de politique complète de santé reproductive, les composantes spécifiques de la santé reproductive sont traitées par un certain nombre de politiques, dont la *Politique nationale de la population* de 1995, le *Plan d'action national sur la population et le développement (1995–2015)*, le Programme national de lutte contre les MST/VIH/SIDA (mis au point en 1987 et qui sert à présent de politique), la *Politique nationale des jeunes* de 1994, la *Politique nationale de la vie familiale* de 1994-1995 et la *Loi de 1995 sur la violence à l'égard des personnes*. De plus, d'autres politiques sont en train d'être formulées dont celles sur la santé reproductive des adolescents, les personnes âgées et les femmes (mise à jour de la politique de 1987 pour les femmes).

La définition de la CIPD de la santé reproductive est comprise textuellement dans le *Plan d'action national sur la population et le développement (1995-2015)* bien que les répondants n'en parlent pas comme de la définition que donne la Jamaïque à la santé reproductive. De fait, le Comité de coordination de la planification familiale (comprenant les représentants du NFPB et du MSP) a rédigé une définition de la santé reproductive pour la Jamaïque qui se fonde sur la définition de la CIPD. L'avant-projet de la définition débattue fin 1997 se concentre sur la planification familiale mais recommande une approche holistique à la santé reproductive avec les éléments suivants :

- Répondre aux besoins des individus et des couples pour qu'ils puissent faire un choix informé parmi toute une gamme de méthodes sûres et efficaces de régulation des naissances ;
- Réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la grossesse et réduction des décès et infirmités des nouveaux-nés ;
- Prévention et prise en charge des infections du tractus génital y compris le VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles ; et
- Prestation de services pour le dépistage et le traitement précoces des cancers et d'autres conditions du tractus génital.

Les principes de la double protection, de la contraception d'urgence et les diverses questions se rapportant à l'équité entre sexes font partie intégrante de ce changement stratégique. Cette approche englobe le cycle complet de la vie des hommes et des femmes bien qu'elle insiste davantage sur le groupe d'âge vulnérable, à savoir les adolescents. Cette définition de la santé reproductive pour la Jamaïque n'a pas été diffusée à vaste échelle dans le pays. Certains représentants du gouvernement ont même été surpris d'entendre qu'une définition existait. Quelle que soit la définition de la santé reproductive et l'état d'avancement de la politique en ce domaine, les principales priorités de la santé reproductive en Jamaïque restent la planification familiale et les MST/VIH/SIDA. Les adolescents représentent le groupe cible. Un représentant officiel se préoccupe de ce que le pays attache trop d'importance aux adolescents, notant que « les discussions de la santé reproductive ont tendance à présent à se concentrer sur les adolescents ».

Pérou. Vu que la plupart des concepts du Caire avaient déjà été discutés au Pérou avant 1994, la CIPD représente la suite des événements. Reprenons les propos de ce répondant universitaire : « La conférence du Caire a ratifié ce qui a déjà été accompli. » Certains répondants ont indiqué que la quatrième conférence mondiale de 1995 sur les Femmes qui s'est tenue à Beijing avait eu un impact plus prononcé au Pérou que la CIPD de 1994 car le Président Alberto Fujimori a assisté personnellement à la Conférence de Beijing.

Le Programme de santé reproductive et de planification familiale, 1996-2000, du Département des Programmes sociaux du Ministère de la Santé (MINSA) représente le plan d'exécution des programmes de santé reproductive. Ce nouveau programme mentionne les liens avec d'autres composantes de la santé reproductive mais il ne traite que des quatre volets composant le département des programmes sociaux : planification familiale, santé maternelle et périnatale, santé des adolescents et cancer des organes reproducteurs. Conçu exclusivement par le personnel du MINSA, le programme est un canevas pour toutes les organisations intervenant au niveau de la santé reproductive. Les stratégies du programme en vue de traiter les problèmes de la santé reproductive demandent la démocratisation de l'accès à l'information sur la santé reproductive et la planification familiale, l'accès universel aux services de santé reproductive et de planification familiale, la décentralisation et la pérennisation des services de santé reproductive et de planification familiale, les améliorations continues de la qualité des soins liés à la santé reproductive et à la planification familiale, les liens intersectoriels, la promotion de la santé reproductive des femmes ainsi que la mise en place du Plan d'urgence pour la réduction de la mortalité maternelle.

Plusieurs répondants ont indiqué que la nouvelle orientation vers la santé reproductive élargissait la vision de la condition de la femme, mettant en exergue des questions telles que l'équité entre les sexes et l'éducation des filles. Le nouveau programme de santé reproductive du MINSA définit la santé reproductive comme un besoin pendant toute la vie d'une femme allant du moment où elle est née jusqu'aux années fécondes en passant par l'enfance et l'adolescence puis pendant les années d'un âge plus avancé.

Nul doute que la planification familiale est une haute priorité du gouvernement dans le domaine de la santé reproductive. Toutefois le soutien augmente également pour la santé maternelle. Deux répondants ont fait savoir que les programmes de lutte contre les MST et le SIDA ne recevaient pas un financement suffisant mais les responsables du secteur public sont de plus en plus préoccupés par la transmission périnatale et les enfants atteints de MST et du VIH. Les soins post-avortement ne représentent pas une partie importante du programme de santé maternelle. Un des répondants du MINSA a indiqué que l'avortement n'était plus une cause aussi importante de la mortalité maternelle que par le passé bien que les raisons du changement ne soient pas très claires. Le cancer est une priorité relativement faible du gouvernement suite partiellement au coût élevé lié au traitement. En principe, le programme du MINSA reflète un grand nombre des concepts de la santé reproductive définis à la CIPD mais la mise en œuvre a du retard sur les déclarations de politiques.

Les ONG se concentrent sur les questions liées à l'équité entre les sexes, à la qualité des soins, aux droits en matière de reproduction et à la santé sexuelle. REPROSALUD, projet financé par l'USAID, travaille avec des femmes rurales pour les encourager à définir leurs

propres priorités dans le domaine de la santé reproductive. Dans le cadre du Projet, tel que l'indique un répondant, le grand problème mentionné par les femmes concerne les pertes vaginales, problème qui ne figure même pas au programme de la plupart des projets et des programmes.

Participation, soutien et opposition

Si l'on prend les huit études de cas, on constate que la participation de diverses parties concernées au processus de formulation des politiques est l'un des résultats positifs de la Conférence du Caire. Les gouvernements ont certes la responsabilité directe de formuler les politiques mais les ONG et d'autres organisations de la société civile ont aussi participé, chacune d'une manière variable, à ce processus. Si l'on prend la situation préalable au Caire, on note que certains pays avaient des traditions plus solidement ancrées de participation à la formulation de politiques et par conséquent des ONG et d'autres groupes civiques plus solides, notamment les groupements défendant la santé des femmes. Dans d'autres pays, une participation accrue à la formulation de politiques était un développement plus récent. Les répondants qui ne faisaient pas partie du gouvernement pensaient davantage que le gouvernement écoutait ce qu'ils avaient à dire et en tenait compte en formulant les politiques. Même si les pays ont adopté des politiques conçues pour fournir des services par le biais d'une approche intégrée à la santé reproductive, une certaine opposition subsiste dans un certain nombre de pays. La source de cette opposition peut changer d'un pays à l'autre.

Bangladesh. Au niveau national au Bangladesh, la formulation des politiques sanitaires est un processus de plus en plus participatif. Le Ministère de la Santé et du Bien-Etre familial (MSBEF) est responsable de la formulation de politiques dans le domaine de la santé reproductive mais il collabore avec un grand nombre de comités participatifs, d'équipes spéciales et de comités d'examen technique. Un des bailleurs de fonds a indiqué que « tout le monde au Bangladesh participe à la formulation des politiques – le Gouvernement, le MSBEF, les collectivités locales, les comités de développement rural, les bailleurs de fonds, les ONG, le secteur privé et tout le monde au niveau national ». Un représentant d'une ONG de services tient le propos suivant : « A présent que les organisations gouvernementales et le secteur des ONG travaillent ensemble, le système entier s'est amélioré, santé, planification familiale et tous les secteurs du développement. Cela montre clairement que la participation active est nécessaire. » Mais la participation au processus de formulation des politiques n'est pas encore arrivée au niveau local, même quand les services locaux sont concernés.

Dans l'ensemble, les politiques et les programmes de santé reproductive bénéficient d'un vaste soutien au Bangladesh. L'opposition à la santé reproductive est limitée à quelques groupes religieux et féminins. Selon certains répondants, les groupes qui s'opposent à la santé reproductive sont petits, fragmentés et manquent de soutien et d'influence. Leur opposition cible généralement la planification familiale.

Inde. En Inde, le programme de santé reproductive est parrainé et financé par le gouvernement central. Il est mis en œuvre par les gouvernements des divers états. Le Ministère de la Santé et du Bien-Etre familial (MSBEF) est chargé de formuler la politique de la santé reproductive et, à ce titre, il collabore avec un comité intersectoriel de secrétaires des ministères participant aux activités de population et de développement (Santé et Bien-Être familial, Education, Développement de la femme et de l'enfant, Développement rural et Information et radio-télédiffusion.) Dans le cadre du nouveau programme, des comités analogues seront créés au niveau des états.

Par le passé, les ONG en Inde n'avaient que peu d'influence sur la formulation de la politique nationale mais cette situation pourrait bien changer, surtout en ce qui concerne la santé reproductive. Les ONG ne servent qu'une petite proportion des clients de la santé reproductive. Ce sont dans les états du Nord que les ONG sont le moins représentés. Néanmoins, plusieurs ONG de femmes ont su se faire entendre et ont influencé la politique de santé reproductive par le biais de leurs activités de plaidoyer. Elles ont réussi à arrêter l'introduction d'un injectable et de méthodes d'implant dans le programme indien. Un représentant d'un bailleur de fonds note que, « après le Caire, les ONG étaient nettement mieux représentées au stade de la formulation des politiques. » Mais un autre répondant d'une importante ONG de services notait que, « les ONG sont invitées à des forums de prise de décisions avec le Gouvernement mais ce dernier choisit soigneusement celles qu'il veut bien inviter. Par exemple, celles qui se font le plus entendre ne sont généralement pas invitées. Une fois que les décisions sont prises, il arrive que le gouvernement invite d'autres ONG à discuter de l'application ». Tel que le note un bailleur de fonds, « à la conférence de la CIPD [...] les ONG et le gouvernement ont communiqué à un meilleur niveau – une nouvelle direction s'est dessinée. Cela a eu un impact plus prononcé au niveau rhétorique en Inde avec peu de changement au niveau programmatique ».

« L'importance accordée par le passé à la planification familiale s'amenuise. Le gouvernement tourne le dos à sa responsabilité de faire baisser la croissance de la population suite à l'importance que revêtent les droits en matière de reproduction. Les buts de la planification familiale ont été mis de côté, les buts à long terme ont été mis de côté. L'approche axée sur les buts et les objectifs a été abandonnée au Caire. »
Répondant d'une organisation de population en Inde

En Inde, les décisions sont généralement prises au niveau national pour la santé reproductive. Mais vu la décentralisation et la législation récente établissant les panchayats des villages et les nagarpalikas des villes, la planification au niveau local devient possible. Le nouveau projet financé par la Banque mondiale sur la santé reproductive et infantile est conçu de sorte à encourager la prise de décisions et la mise en œuvre au niveau local. Un représentant officiel pensait également que, « le mouvement des femmes a été renforcé par le ré-établissement du Panchayat Raj au niveau du village ». Toutefois, la plupart des répondants pensaient que la véritable participation du panchayat à la formulation des politiques prendrait du temps. Par exemple, la nouvelle loi indique que les femmes doivent composer un tiers des panchayats. Mais celles-ci sont parfois vues comme de simples marionnettes mises là pour suivre les ordres du mari.

Certains bailleurs de fonds et groupes de la population sont opposés assez fermement à l'approche santé reproductive et certaines groupements féminins sont opposés à divers éléments de la planification familiale. Tel que le fait savoir ce répondant qui participe aux activités de plaidoyer pour la population, « la santé reproductive, c'est juste un mot, du jargon. Il n'existe pas d'équivalent en Hindi. La santé reproductive, c'est un levier pour les groupes féministes qui s'en servent pour agir dans le pays ». Un répondant d'une organisation de population indique : « L'importance accordée par le passé à la planification familiale s'amenuise. Le gouvernement tourne le dos à sa responsabilité de faire baisser la croissance de la population suite à l'importance que revêtent les droits en matière de reproduction. Les buts de la planification

familiale ont été mis de côté, les buts à long terme ont été mis de côté. L'approche axée sur les buts et les objectifs a été abandonnée au Caire. Cela est négatif pour l'Inde car dans ce pays, le taux de croissance de la population reste très élevé. L'Inde plie toujours sous le fardeau de la pression démographique. » Certains bailleurs craignent de perdre de vue les objectifs démographiques indiquant que la baisse de l'utilisation des contraceptifs dans certains états soulèvent de graves préoccupations.

Népal. Deux organismes publics au Népal sont chargés de formuler les politiques se rapportant à la population et à la santé reproductive : le MSP et le Ministère de la Population et de l'Environnement. Il n'existe généralement que peu de participation parmi les divers groupes à la formulation des politiques de santé reproductive. Le MSP et dans une certaine mesure les ONG intervenant au niveau de la santé reproductive participent à des forums de politiques. Des ONG internationales et locales ont créé en 1995 un Conseil de coordination des ONG mais à l'avis général des répondants, les ONG et le gouvernement n'ont pas encore commencé une véritable collaboration. Un représentant d'une ONG s'exprime ainsi : « Les ONG ne participent pas vraiment à la formulation des plans. Le gouvernement ne les prend pas pour de véritables partenaires. Ce sont juste des paroles en l'air. » Un représentant du MSP indique que « les ONG essaient de fournir les mêmes services dans des régions où le MSP dispense déjà des services. Elles devraient chercher des régions que le gouvernement ne peut pas atteindre ». Plusieurs répondants ont mentionné que le gouvernement et les ONG n'arrivaient pas à travailler ensemble comme de véritables partenaires à cause des structures salariales plus élevées au sein des ONG, de l'instabilité politique et de la décision politique de certains politiciens qui souhaitent s'aligner côte à côte avec certaines ONG.

En règle générale, les décideurs n'apportent qu'un faible soutien à la santé reproductive à l'avis d'un grand nombre de répondants. Ces derniers ont notamment mentionné l'instabilité politique du Népal comme raison expliquant que les parlementaires ne veulent se charger de nouvelles questions ou de nouvelles causes. Un représentant d'une organisation américaine d'assistance technique mentionne que « la santé reproductive, c'est du pur bavardage, ils ne sont pas sérieux à ce propos au niveau politique ». Un répondant du MSP indique que « la politique de santé reproductive est dirigée et axée partiellement sur les bailleurs de fonds. Il n'y a pas d'opposition au concept mais la politique publique n'est pas suffisamment solide pour faire appliquer la stratégie ». Certains faits témoignent même du manque de soutien pour la stratégie de santé reproductive au sein de la communauté des bailleurs de fonds. Un représentant d'un bailleur de fonds indique que « la mafia de la santé reproductive ne supporte pas que quelqu'un la critique. Pas la moindre opposition n'est tolérée ». Certains répondants pensaient fermement que le moment n'était pas opportun au Népal pour la santé reproductive. Le Népal est incapable de fournir même les soins de santé les plus fondamentaux à ses habitants. Trois zones écologiques ne rendent pas facile la prestation de services. Citons à ce propos un répondant d'une ONG : « En mettant au premier plan la santé reproductive, on risque de nuire au programme de planification familiale à moins de construire progressivement sur ce qui existe déjà. »

Jordanie. Au niveau national, la Jordanie essaye d'encourager une vaste participation à la formulation des politiques de population et de santé reproductive par le biais du NPC dont font partie des ONG et des représentants des universités. La Jordanie a également utilisé ce qu'un

représentant d'une organisation américaine d'assistance technique appelle « l'approche technique prudente » dans le cadre de laquelle les progrès sur le plan des politiques sont le produit du travail en petit groupe suivi par un consensus plus généralisé sur la question. Par exemple, une équipe d'experts techniques est en train de revoir la *Stratégie nationale de la population*. Par la suite, le NPC essaiera d'obtenir le soutien nécessaire pour mettre à jour les politiques. Toutefois on se demande s'il ne faut pas ouvrir ce processus d'examen de la stratégie à une participation plus vaste. En effet, la petite équipe spéciale est composée de chercheurs et de démographes qui ne sont pas très représentatifs des organisations à la base. Certains répondants ont indiqué qu'un examen fait avec une équipe plus représentative risque de retarder ou même d'interrompre le processus car les diverses parties n'ont pas les mêmes idées ou intérêts. Un représentant d'une organisation américaine d'assistance technique indique que « le NPC est chargé de faire le travail. Il hésite à ouvrir le processus de trop car cela pourrait vraiment le ralentir ».

En Jordanie, les dirigeants religieux sont très respectés et on fait grand cas de leurs opinions. Actuellement, les dirigeants religieux sont favorables à l'éducation sur les questions de santé reproductive pour eux-mêmes et ils pourraient même faire passer les messages sur la planification familiale et la santé reproductive dans leurs discours et pendant les entretiens privés. Le public n'a que peu de connaissance de la santé reproductive mais certains répondants pensaient que la population ne s'opposerait pas à l'idée de la santé reproductive une fois que les gens comprendront le concept.

Le soutien pour la planification familiale s'est renforcé ces dernières années mais la Jordanie ne dispose de tout l'appui nécessaire pour la santé reproductive. Plusieurs répondants ont noté qu'un grand nombre de médecins, surtout dans les zones rurales, sont encore opposés à la planification familiale et que leurs attitudes exercent une influence négative sur l'application des politiques et la prestation de services. Les idées des médecins sont souvent prises pour la politique officielle surtout dans les zones reculées. Par exemple, un répondant d'une organisation américaine d'assistance technique a noté que les chefs des directions sanitaires rurales refusent souvent de mettre en œuvre les politiques du MSP s'ils ne les soutiennent pas. C'est pour ce genre de raisons que les répondants ont indiqué qu'il fallait formuler des directives de services et veiller à leur application.

Ghana. Le processus de formulation de politiques au Ghana est très participatif au niveau national. Par exemple, les ministères, les ONG, les représentants du secteur privé, les consultants et les bailleurs de fonds ont participé à la formulation de la *Politique nationale de la population* de 1994, à la *Politique et aux normes des services de santé reproductive* de 1996 et à la *Politique sur la santé reproductive des adolescents* (à l'état d'avant-projet pour le moment). De plus, le MSP et le NPC ont cherché à faire participer tous les niveaux de leurs organisations au processus. Le représentant d'une ONG a indiqué que « oui, nous donnons notre avis. Nous assistons aux réunions du NPC en fonction du thème qui est traité [...] le processus est très ouvert et nous pouvons partager ce qui nous intéresse ». Un membre du personnel du NPC se montre d'accord : « Nous avons une participation à tous les niveaux pour formuler les politiques. Tout le monde est engagé : les ONG, etc... Pour la *Politique nationale de la population* de 1994, nous avons travaillé avec le MSP et toutes les parties concernées dans le domaine de la santé pour élaborer le volet de la santé reproductive. Puis nous l'avons perfectionnée et élargie. Nous

avons également éprouvé la politique dans les régions qui connaissent des problèmes au niveau de l'application. Nous avons partagé l'avant-projet avec la communauté pour obtenir son avis et ensuite nous l'avons finalisé. Aussi, tout le monde a un sentiment d'appartenance face à la politique. » Le MSP a dirigé la formulation de la *Politique et des normes des services de santé reproductive* de 1996. Un représentant d'une organisation américaine d'assistance technique a le commentaire suivant à faire à ce propos : « Nous étions présents à l'atelier pour donner nos commentaires. Le processus fut long et fatigant. Il y avait différentes perceptions des personnes et du langage utilisé mais nous avons fini par arriver à un consensus. »

Vu que les responsables et les assemblées au niveau local seront chargés de la planification et des décisions concernant les octrois de ressources, leur connaissance de la santé reproductive est de toute première importance. Malgré le soutien répandu pour les questions de population et de santé reproductive au Ghana au niveau national, ce soutien n'arrive pas jusqu'au niveau local, ce qui est important alors que le Ghana décentralise ses services de santé. Les répondants pensaient que le manque de soutien provenait d'un manque de connaissance et de sensibilisation parmi les décideurs et les habitants aux niveaux régional et local plutôt qu'une objection aux questions de population et de santé reproductive. Un répondant d'une organisation technique américaine indique que « les habitants du Ghana sont tournés vers l'avenir et prêts à prendre le risque. Ils sont au premier plan de la santé et de la politique en Afrique. Surtout dans le domaine de la santé d'ailleurs, c'est le chef de file ». Certains groupes religieux risquent d'être opposés à certains aspects spécifiques (par exemple, l'Eglise catholique est opposée à la stérilisation) mais non à la santé reproductive en général. Mais certains répondants ont noté qu'aucun groupe ne se déclarait pleinement en faveur de la santé reproductive. Par exemple, un répondant d'une organisation américaine d'assistance technique note que « les chefs et les dirigeants nationaux ne sont pas un problème. De fait, les chefs sont présents {pour recevoir la planification familiale dans les centres de santé}. Ils ne l'encouragent peut-être pas mais ils ne sont pas contre ».

« Le Caire a changé la rhétorique mais les choses sont restées les mêmes sur le terrain car l'engagement politique reste très superficiel. Certains techniciens sont très engagés mais pas les gens qui ont de l'influence politique. »

Répondant d'un bailleur de fonds, Sénégal

Sénégal. La plupart des répondants au Sénégal ont noté que le niveau de participation à la formulation de la politique de santé reproductive était élevé, partiellement à cause des caractéristiques culturelles qui encouragent une discussion longue et ouverte pour arriver à un consensus. Un répondant d'une ONG indique que « la présence des ONG est particulièrement prononcée dans le domaine de la santé. Le gouvernement les intègre dans tous les programmes et politiques car elles fournissent un grand nombre de services et car les bailleurs de fonds poussent en ce sens ». Un répondant d'une organisation américaine d'assistance technique a remarqué que « la vieille rivalité existe toujours entre le gouvernement et les ONG mais on assiste également à une synergie ». Les répondants ont également indiqué que les ONG participaient pleinement à la formulation du programme national de santé reproductive et joueront un rôle important au niveau de sa mise en œuvre.

Parallèlement, plusieurs répondants ont indiqué que la participation se limitait aux ONG nationales et internationales et que les ONG au niveau communautaires étaient laissées de côté. Un répondant d'une ONG insiste sur l'importance de la participation communautaire : « Si les politiques doivent répondre aux besoins de la population, celle-ci doit participer dès le début, ce que le gouvernement fait rarement. » Le secteur privé ne participe pas comme partenaire à la santé reproductive.

Le point de vue voulant que la santé reproductive remplace la planification familiale en tant que terme et approche provoque diverses réactions parmi les répondants. Certains pensent que des taux de fécondité et un taux de croissance aussi élevés restent un sujet de préoccupation qu'on pourrait perdre de vue dans cette nouvelle optique de la santé reproductive. Plusieurs répondants pensaient que la santé reproductive était « trop vaste ». Par ailleurs, un grand nombre de répondants trouvaient qu'il était avantageux de se concentrer sur la santé reproductive. « Même si c'est vague, c'est plus acceptable du point de vue culturel que la planification familiale. » Il est toute première importance d'obtenir le soutien des dirigeants religieux ou marabouts pour la réussite des programmes et politiques de santé reproductive. Tel que l'indique un répondant, « les dirigeants politiques n'ont qu'une influence superficielle. C'est avec les marabouts que les gens ont une affinité profonde ». Le réseau de l'Islam et de la Population composé de représentants de toutes les grandes sectes religieuses représente un effort important fait pour gagner le soutien des dirigeants religieux à la santé reproductive. Le réseau a réalisé un livret qui se penche sur la politique de population du Sénégal et indique sa position par rapport au Coran. Par conséquent, certains dirigeants religieux sont devenus des alliés importants qui encouragent activement certains éléments de la santé reproductive.

Bien des répondants ont indiqué que, depuis quelques années, les dirigeants politiques se montrent de plus en plus en faveur de la santé reproductive. Le représentant d'un bailleur de fonds note que le Président Diouf est le président de l'Afrique de l'Ouest qui soutient le plus la planification familiale et la santé reproductive. Ce répondant fait savoir : « Je pense que l'engagement du gouvernement face à la santé reproductive est sincère. Le gouvernement a formulé tous ces plans et programmes dans le domaine de la santé reproductive. Que pouvons-nous demander de plus ? » Parallèlement, certains répondants ont remis en question la fermeté de l'engagement de la part des dirigeants politiques. Si les dirigeants ne sont pas activement opposés à la santé reproductive, ils ne sont pas non plus dynamiques pour faire progresser le programme de santé reproductive. Un autre répondant d'un bailleur de fonds signale que « le Caire a changé la rhétorique mais les choses sont restées les mêmes sur le terrain car l'engagement politique reste très superficiel. Certains techniciens sont très engagés mais pas les gens qui ont de l'influence politique ».

Jamaïque. Trois organisations gouvernementales partagent la responsabilité de la formulation de politiques dans le domaine de la planification familiale et de la santé reproductive : l'Institut de planification de la Jamaïque (PIOJ), le NFPB et le MSP. Les divers ministères doivent exécuter les politiques et un certain nombre de comités donnent des conseils au gouvernement sur les composantes spécifiques de la santé reproductive, notamment la PPCC et le Comité national de lutte contre le SIDA (NAC). Les ONG participent aux réunions consultatives et à certaines réunions du PPCC. Les ONG font partie du NAC. Selon le représentant d'une ONG, « dans les réunions, le gouvernement écoute les recommandations. Ils

ont des représentants des ONG. Mais reste à savoir si le gouvernement en tient véritablement compte. Je pense qu'il s'agit d'un effort fait pour obtenir une vaste représentation ».

La planification familiale (et plus récemment le SIDA) ont obtenu un solide soutien du gouvernement pendant de nombreuses années et ce soutien s'est encore accru depuis la CIPD. Un représentant d'une ONG note : « Depuis le Caire, nous n'avons plus besoin de tant lutter pour obtenir un budget. Nous avons le soutien des plus hautes sphères du gouvernement. » Il existe peu d'opposition à la planification familiale et à la santé reproductive en Jamaïque. Toutefois, le thème de la sexualité des adolescents et les services de santé reproductive pour jeunes adultes se heurtent à une opposition marquée de la part de certains parents, enseignants, administrateurs et prestataires de services. Néanmoins, tel que le note un représentant d'une ONG, « les parents acceptent mieux maintenant à cause du VIH ». Citant le fait que 25% des bébés nés en Jamaïque ont des mères adolescentes, un représentant d'un bailleur de fonds indique que « les statistiques montrent qu'il est nécessaire de travailler avec des adolescents âgés de 15 à 24 ans ».

Pérou. Au Pérou, la plupart des répondants ont convenu du fait que, ces dernières années, le gouvernement et les ONG ont commencé à travailler ensemble de manière plus étroite, tel qu'en témoignent les propos d'un répondant travaillant pour une organisation américaine d'assistance technique : « A présent les ONG comprennent qu'elles ne peuvent pas remplacer le gouvernement et le gouvernement comprend qu'il ne peut pas y arriver tout seul. » Par ailleurs, certains répondants ont dit que l'influence des ONG avait diminué ces dernières années. Un répondant travaillant pour un bailleur de fonds indique que la décentralisation du gouvernement « ne se prête pas à l'affranchissement des autres groupes ». Le répondant d'une ONG ajoute : « Les ONG n'ont pas beaucoup de chance qu'on les écoute. » Le répondant d'une université indique : « Les groupements féminins n'ont plus le poids qu'ils avaient par le passé. » Les ONG et le gouvernement semblent travailler en plus étroite collaboration au niveau régional qu'au niveau national. Dans les régions avec des conseils régionaux de population, les représentants des organisations de la société civile travaillent avec des représentants du gouvernement fournissant ainsi un mécanisme par le biais duquel les ONG peuvent avoir de l'influence. Le Président Fujimori soutient vivement la santé reproductive bien que l'optique démographique semble l'emporter en dépit de la connaissance plus globale que peuvent avoir les techniciens du MINSA à propos de la santé reproductive. Les éléments conservateurs du monde politique et religieux sont les principales sources d'opposition à la santé reproductive, telle qu'elle a été définie au Caire et par le gouvernement péruvien. Un répondant d'une ONG insiste sur la nécessité de « créer une culture de santé reproductive », solide fondation dépassant le programme de tel ou tel gouvernement.

Mise en œuvre des politiques

Dans les huit pays, la formulation des politiques a reçu une attention considérable dans les trois années qui ont suivi la CIPD de 1994. Mais de solides politiques ne veulent pas forcément dire que les clients vont effectivement recevoir des services de santé reproductive de haute qualité et répondant à leurs besoins. Dans un grand nombre de pays, les répondants ont fait savoir qu'ils avaient beaucoup de temps à discuter de la santé reproductive et qu'ils venaient juste de commencer à démarrer le processus de mise en œuvre. Par exemple, un représentant du gouvernement en Jamaïque a dit que « depuis le Caire nous avons passé notre temps dans des réunions et des conférences. Cela prend longtemps avant de bien comprendre les divers aspects ». Toutefois, un grand nombre de répondants ont indiqué que les activités poursuivaient leur cours dans le domaine de la santé reproductive de leur pays. La plupart ont fait savoir que la CIPD avait encouragé à concevoir de nouveaux programmes ou à re-concevoir des programmes existants en fonction de l'approche axée sur les besoins du client qui intègre les services de santé reproductive. La mise en œuvre des politiques fait appel à diverses parties concernées dont le gouvernement et les ONG et elle a fait ressortir la nécessité de coordonner non seulement entre le gouvernement, les ONG, les organisations de la société civile, le secteur privé et les bailleurs de fonds mais également entre entités gouvernementales (telles que les conseils nationaux de population) et les ministères publics. La présente section se concentre sur des activités planifiées ou déjà en place en vue de développer, d'intégrer ou de relier les divers éléments des services de santé reproductive. Le Tableau A2 de l'annexe décrit l'état d'avancement de la mise en œuvre des diverses composantes de la santé reproductive pour chacun des huit pays.

Bangladesh. Le Bangladesh est en train de revoir un grand nombre de ses projets et programmes remontant à l'époque avant le Caire afin d'accorder une plus grande importance à la santé reproductive. Il a déjà traduit un grand nombre des politiques de santé reproductive en directives opérationnelles. Le Ministère de la Santé et du Bien-Être familial collabore avec plusieurs groupes pour formuler la *Stratégie du Secteur de la Santé et de la Population (SSSP)*, passant des projets verticaux à une approche intégrée avec un ensemble de services essentiels axés sur les besoins des clients, notamment des femmes. Le gouvernement du Bangladesh a présenté la SSSP à la Banque mondiale en août 1997. En outre, le cinquième plan quinquennal du gouvernement (1997-2002) se fonde en grande partie sur la SSSP.

« Notre programme ne continuera pas à être réussi sans intégration. Un grand nombre des formations sanitaires sont sous-utilisées et les établissements et le personnel ne collaborent pas. Le problème, c'est de savoir comment intégrer. »

Répondant d'un bailleur de fonds, Bangladesh.

Les deux bailleurs de fonds les plus importants au Bangladesh (Banque mondiale et USAID) ont également conçu leurs programmes d'assistance en fonction de la SSSP. Actuellement, le programme du secteur public encourage les clients à obtenir les services dans des établissements alors qu'auparavant, il insistait davantage sur les services à domicile. Les ministères et les ONG adoptent les éléments de la santé reproductive en fonction de la disponibilité des ressources. Les normes et protocoles de la prestation de services sont également revus et insistent moins maintenant sur la réalisation de cibles et buts fixés.

Au Bangladesh, les activités de prestation de services sont réparties entre deux organes du Ministère de la Santé et du Bien-Etre familial – la direction de la planification familiale et la direction de la santé. Les directions ont leurs propres structures verticales de prestation des services et la coordination est très faible entre les deux. La bifurcation des directions a mené à l'existence d'un grand nombre de systèmes parallèles. Tel que l'indique un représentant d'un bailleur de fonds, « c'est le grand problème. Le Docteur Nafis Sadik, Directeur exécutif du FNUAP a indiqué au Premier Ministre que l'intégration est de toute première importance pour la santé reproductive. Nous devons intégrer la santé et la planification familiale et les deux doivent travailler ensemble. Actuellement, la planification familiale est solide mais tel n'est pas le cas de la santé. Notre programme ne continuera pas à être réussi sans intégration. Un grand nombre des formations sanitaires sont sous-utilisées et les différents établissements et leur personnel ne collaborent pas. Le problème, c'est de savoir comment intégrer ».

En 1975, le Bangladesh a fusionné la planification familiale et la santé maternelle et infantile. Selon les répondants, la fusion est l'une des raisons expliquant la réussite rencontrée par le programme de planification familiale. La planification familiale et les soins prénatals sont intégrés dans la plupart des établissements publics. De fait, certains établissements fournissent des services prénatals et de prise en charge des ITG/MST. Le gouvernement a l'intention d'intégrer les sept éléments de la santé reproductive et infantile de l'ensemble des services essentiels aux différents niveaux afin que les gens puissent recevoir tous les services routiniers dont ils ont besoin dans un seul endroit. Les répondants ont jugé que l'intégration des services était d'importance vitale pour l'application réussie de l'ensemble des services essentiels.

Inde. Malgré l'existence d'un programme de santé reproductive et d'une stratégie technique, un grand nombre des répondants ont remis en question la manière dont l'Inde réalisait son programme. Au sein du Ministère de la Santé et du Bien-Etre familial, trois divisions sont responsables de la mise en œuvre des programmes de santé reproductive : Bien-Être familial, Santé et Organisation nationale de lutte contre le SIDA (NACO). Les divisions du Bien-Être familial et de la Santé sont responsables de tous les services de planification familiale et de SMI alors que NACO est chargée des activités de lutte contre les MST/VIH/SIDA. L'Inde a démarré plusieurs initiatives suite à la CIPD. Par exemple, le Projet RCH financé par la Banque mondiale est conçu pour soutenir les mesures prises par l'Inde en vue d'appliquer le *Programme d'action* de la CIPD. Le projet est axé sur le niveau local et réalisé dans des districts choisis. Il repose sur une planification au niveau district créant un système intégré de prestations sanitaires. L'évaluation jugera de l'utilisation accrue de services et de la diminution des taux de mortalité infantile et maternelle. Les stratégies opérationnelles doivent être définies au niveau local par le biais des planifications et réalisations dans les centres de soins de santé primaires conjointement avec les panchayats locaux, les agents communautaires et la communauté elle-même.

Plusieurs états indiens ont adopté « l'approche sans cible » mais les cibles ou objectifs ont été supprimés en avril 1996 (bien que certains états les utilisent encore) avant que l'approche n'ait pu être évaluée. Dans certains endroits, la suppression des cibles a entraîné une certaine confusion interrompant les activités de planification familiale. Un des répondants a indiqué que « les manuels parlant de la suppression des cibles ne sont pas très clairs et ils sont source de confusion pour ceux travaillant à la base. Qu'est-ce qui va remplacer les cibles ? Il faut bien un

moyen d'évaluer la performance. Un grand nombre de médecins au niveau des soins primaires pensent que pas de cible veut dire pas de travail ». Le représentant d'un bailleur de fonds indique : « Dans la pratique, la suppression des cibles à atteindre signifie qu'on se concentre plus sur la stérilisation. Maintenant, il faut un choix plus vaste de méthodes contraceptives. On n'est pas encore arrivé à une gamme plus vaste, une combinaison améliorée de méthodes [...] comment dépasser l'orientation des cibles ? Qu'est-ce qui est fait pour cela ? Une certaine amélioration des services et une certaine formation. Existe-t-il la capacité nécessaire pour le dépistage et le traitement des infections du tractus génital ? Il existe une énorme demande pour de tels services. A-t-on la capacité de répondre à un tel besoin ? Le gouvernement n'a même pas pu répondre aux besoins de la planification familiale [...] et à présent, on veut se tourner vers des services élargis de santé reproductive. Est-ce bien réaliste ? » Certains états comme l'Andhra Pradesh, le Rajasthan et le Maharastra ont pris les devants et ont adapté leurs programmes de planification familiale en fonction des besoins et ont élaboré des stratégies pour fournir d'autres services de santé reproductive. La transition passant d'un programme contrôlé au niveau central à une planification à partir de la base passera forcément par une époque d'ajustement avant d'être accomplie et de montrer des preuves de réussite.

L'ensemble de soins essentiels de santé reproductive et infantile doit être fourni par le biais de services intégrés et de bien des manières, l'infrastructure existante de services est devenue de plus en plus intégrée. En 1965, la planification familiale a été intégrée aux services de SMI et de nutrition. En 1992, le programme de survie de l'enfant et de maternité sans risques a intégré les interventions clés de survie de l'enfant et les activités de maternité sans risques et de planification familiale. Le Projet SRI ajoutera les ITG/MST et renforcera les services liés à l'avortement. Différents services seront disponibles dans les établissements de divers niveaux et tous les services seront fournis progressivement dans les états et les districts en fonction d'un système de classification. Le système d'orientation-recours sera également renforcé. Malgré le niveau élevé d'intégration, des programmes verticaux existent toujours au sein du Ministère de la Santé et du Bien-Etre familial. Etant le principal programme de lutte contre les MST/SIDA, NACO compte un système séparé de centres MST. « Même au sein du système de la santé, l'intégration n'existe pas. Les efforts d'intégration devraient commencer au sein du Ministère » commente un représentant d'un bailleur de fonds.

Népal. La Division de la santé familiale du MSP est chargée de la réalisation des programmes de santé reproductive au Népal. La Division de la santé familiale se trouve au même niveau que d'autres divisions du Département de la santé du MSP, ce qui a pour effet de limiter sa capacité de formulation et de mise en œuvre de politiques. Un répondant d'une organisation d'assistance technique des Etats-Unis indique que « l'organisation responsable de la formulation de politiques et de la mise en œuvre des programmes de santé reproductive devrait se situer au même niveau que celui du Directeur général des services de santé. » De plus, la *Stratégie de santé reproductive* est particulièrement ambitieuse. Un représentant d'un bailleur de fonds indique à ce propos, « en tant que rubrique, la santé reproductive est dangereuse. Les pays qui ont de solides programmes de planification familiale et de lutte contre le SIDA peuvent organiser d'autres éléments de santé reproductive mais au Népal, cela embrouillera les cartes ».

Certains aspects de la stratégie sont appliqués actuellement dont la planification familiale, la maternité sans risques et l'allaitement maternel. Un répondant d'une organisation d'assistance

technique des Etats-Unis signale que « tous les volets de la santé reproductive sont en place mais cela ne fonctionne pas. La santé reproductive n'est pas possible au Népal, du moins pas en dessous du niveau du district. La Division de la santé familiale doit déterminer l'ensemble d'interventions qui peut être réalisé et indiquer celles qui ne sont pas possibles. Il faut faire la différence entre ce qui est souhaitable et ce qui est faisable ». Un représentant officiel du MSP dit que « l'ensemble de santé reproductive est déterminé mais aucune décision n'a été prise concernant son application à cause du manque de volonté et du manque de soutien ». Un autre représentant du MSP a indiqué que c'était l'instabilité politique qui freinait la mise en œuvre de la *Stratégie de santé reproductive*. Un représentant d'une ONG a fait le commentaire suivant : « Traduire les politiques dans la réalité a toujours été un problème au Népal. » Un autre représentant d'une ONG renchérit ainsi : « Ce n'est pas le manque de politiques ou de lois qui est en jeu, le problème, c'est l'application. »

Dans le cadre de la *Politique sanitaire nationale* de 1991, un dispensaire devrait exister pour une population de 4.000 personnes, un poste de santé pour une population de 29.000 personnes et un centre de soins de santé primaires pour une population de 100.000 personnes. Le Népal n'a atteint que partiellement le but de 1991. En outre, 30 à 50 % des dispensaires et des postes de santé n'ont pas de personnel sanitaire. Un représentant d'un bailleur de fonds souligne le problème en indiquant qu'« il existe bien de nouvelles institutions dans les districts mais pas de personnel ». Il existe bien plusieurs projets réalisés par des bailleurs de fonds dans le domaine de la maternité sans risques, des cancers des organes de reproduction et du VIH/SIDA mais plusieurs répondants ont indiqué que les bailleurs de fonds avaient leur propre sphère prioritaire sur le plan de la santé reproductive. Un représentant d'une ONG indique que « les bailleurs de fonds poussent le gouvernement à accepter leur approche de santé reproductive. Les bailleurs de fonds ne coordonnent pas beaucoup entre eux et il n'existe pas de consensus sur la santé reproductive dans ce milieu ». Plus de la moitié des répondants ont insisté sur le besoin de fixer des priorités dans la *Stratégie de santé reproductive* et de formuler un plan pour la réalisation progressive des activités.

Jordanie. La *Stratégie nationale de la population* de 1996 fonctionne comme le principal plan d'exécution des politiques de population au niveau national. Mais plusieurs répondants de bailleurs de fonds et représentants d'organisations d'assistances techniques américaines ont indiqué que « ce plan ne mentionne pas ce que le gouvernement devrait faire pour atteindre les buts ». On ne sait pas si la stratégie en train d'être revue sert de plan d'action.

La moitié des répondants ont indiqué que les choses avaient changé pour le mieux suite au Caire mais un répondant d'une organisation d'assistance technique américaine pense au contraire que « la CIPD a profondément changé le débat politique mais on peut se demander si elle a changé quelque chose au niveau de la réalisation. Que va-t-il se passer au niveau des faits? » Un répondant du Ministère de la Santé et des Soins de Santé (MSSS) indique : « Il n'y a pas de différence au niveau de la prestation de services avant et après la CIPD. Même services maintenant qu'avant. Nous avons besoin d'infrastructure pour intégrer les nouveaux services. Personnellement je pense que l'intégration est nécessaire. » Les services pour chaque composante de la santé reproductive existent dans une certaine mesure dans les secteurs public, privé et les ONG mais la Jordanie ne dispose pas d'un programme de santé reproductive intégré (ou même dont les divers aspects sont reliés entre eux).

« Il n'y a pas de différence au niveau de la prestation de services avant et après la CIPD. Même services maintenant qu'avant. Nous avons besoin d'infrastructure pour intégrer les nouveaux services. »

Répondant du MSSS de la Jordanie.

Profitant du statut indépendant conféré en 1993 à la division de la SMI/planification familiale, le MSSS a cherché à intégrer tous les centres de SMI (autonomes auparavant) en centres de soins complets. La réorganisation est quasi achevée. Vu que la plupart des femmes accouchent à l'hôpital, le défi, qu'un projet en milieu hospitalier cherche à relever, consiste à relier les soins prénatals et la planification familiale (fournis dans les centres SMI) et les services liés à l'accouchement (dans les hôpitaux). D'autres services de santé reproductive dont le diagnostic et le traitement des MST/VIH, les soins post-avortement, les cancers des organes reproducteurs et le cancer du sein ainsi que la stérilité soit ne sont pas fournis du tout soit sont dispensés par une autre division du MSSS.

Les ONG, le secteur privé et l'Agence des Nations Unies pour les secours et l'aide aux réfugiés de la Palestine penchent en faveur de l'approche de santé reproductive et de planification familiale. L'Association de la Jordanie pour la planification familiale et la protection (JAFPP) affiliée à la Fédération internationale de la planification familiale (IPPF) a commencé à introduire de nouveaux services tels que le dépistage et la prise en charge des MST, le dépistage précoce du cancer du col et du cancer du sein et le counseling en cas de stérilité. Les répondants de plusieurs secteurs signalent que les services sont intégrés dans la mesure où les prestataires traitent tous ceux qui viennent mais il n'existe pas de système formel de traitement ou d'orientation pour les services de santé reproductive. Telle semble être la situation dans la plupart des endroits pour les soins post-avortement, la violence conjugale et même les MST et VIH. La plupart des prestataires notent que la majorité des clients sont mariés. Pour la plupart, ces clients ont entre 20 et 30 ans. Les adolescents non mariés ne reçoivent pas de services et les adolescents mariés sont traités comme tout autre client.

Ghana. La formulation d'une politique de santé reproductive a reçu une grande attention ces dernières années mais la mise en œuvre vient juste de commencer. Des huit pays dont nous parlons ici, le Ghana compte probablement le plan d'exécution le plus complet pour la prestation des services de santé reproductive, tel qu'indiqué dans la Politique et les Normes de services de santé reproductive de 1996. Les directives se destinent aux prestataires publics, privés et aux ONG. Selon un répondant du MSP, « les gens souhaitaient des directives. Il n'existait pas de descriptions des tâches et de protocoles. La politique explique toutes ces choses ». Un répondant d'un bailleur de fonds s'est montré positif vis-à-vis de la *Politique et des Normes des services de santé reproductive* : « C'est une politique qui montre ce qu'il faut faire. C'est bien avancé [...] on sait ce qu'il faut faire. »

Le document sur la *Politique et les Normes des services de santé reproductive* de 1996 est distribué à grande échelle. Un représentant régional du MSP indique que les responsables régionaux ont reçu une formation portant sur la politique de santé reproductive et, à leur tour, ils expliquent la politique à ceux qui travaillent sous leurs ordres. Il dit que « la plupart du temps quand une politique est formulée, elle n'arrive pas jusqu'aux utilisateurs [...]. Cette fois-ci nous

aurons un atelier pour l'introduire officiellement à tous les utilisateurs ». Les agents de santé reçoivent des instructions sur la politique lors de la formation portant sur la maternité sans risques. Le secteur privé et les ONG ont pris connaissance de la politique et l'utilisent dans leur travail. De plus, en 1992, le Ghana a mis au point un document intitulé *Directives pour la prévention et la lutte contre le SIDA* ainsi que six plans d'action accompagnant la *Politique nationale de la population* de 1994.

Les services intégrés ont été mis en place progressivement au Ghana. Les répondants ont noté que le Ghana avait reconnu très tôt que les services devaient être fournis ensemble. Un représentant du MSP indique que « nous avons la SMI. Nous allons commencer par-là. A présent nous devons simplement ajouter des activités de santé reproductive ». La prise en charge du VIH/SIDA et des MST sont en train d'être ajoutés pendant que les sages-femmes et les médecins reçoivent une formation portant sur les soins post-avortement. En discutant de l'intégration de services, la plupart des répondants ont parlé du lien entre les services de planification familiale et les MST. Un répondant du MSP indique qu' « à présent, nous intégrons les MST aux services de SMI pour donner des conseils et traiter les problèmes de santé reproductive. Nous voulons donner une mentalité de santé reproductive aux agents de santé ». Dans certains cas, l'intégration est réalisée en établissant un lien direct entre les services. Par exemple, les sages-femmes qui ont suivi une formation portant sur les soins post-avortement reçoivent également une formation sur la planification familiale post-avortement. Un répondant d'une organisation américaine d'assistance technique note que les services de planification familiale sont souvent séparés des services obstétricaux d'urgence. Dans ce cas, les sages-femmes et les médecins fournissant des soins post-avortement orientent souvent les patientes vers les services de planification familiale. Notant la nécessité d'intégrer les services, le répondant signale que « nous essayons également de mettre en place des services de planification familiale dans les services d'urgence ».

L'Association de planification familiale du Ghana (PPAG), affiliée locale de l'IPPF, reconnaît qu'elle n'offre pas tous les services de santé reproductive et que les services ne sont pas entièrement intégrés. « Nous avons une vue holistique sur les problèmes de santé reproductive des femmes. Nous faisons ce que nous pouvons dans nos centres [...] nous sommes limités pour les MST. Nous pouvons donner des conseils mais nous ne pouvons pas fournir des services. Nous n'avons pas les capacités nécessaires pour faire les tests et par conséquent, nous envoyons les patients vers les hôpitaux publics. Nous n'avons pas l'argent nécessaire pour équiper correctement nos services.» PPAG travaille avec un professeur de psychologie pour fournir au personnel une formation portant sur les compétences du counseling.

Les jeunes et les hommes sont des groupes prioritaires au Ghana. Un grand nombre d'organisations dont les ONG et les groupes religieux ont ouvert des centres de jeunes et réalisent des programmes qui forment les adolescents et qui offrent counseling et éducation en matière de santé reproductive. Les répondants étaient d'accord pour dire que l'écart noté entre la connaissance et la pratique dans les services de planification familiale et autres services de santé reproductive, tant chez les hommes que chez les femmes, découlait de l'attitude des hommes. De fait, plusieurs répondants ont mentionné les programmes et services d'éducation pour hommes mis en place par plusieurs organisations dont PPAG. Selon un répondant de PPAG, « l'aspect masculin est une question de l'après-Caire. Nous sommes davantage intéressés par les hommes – les 50% qui avaient été oubliés sont amenés sur le devant de la scène ».

Le Ghana est en train de décentraliser son système de santé. Tel que le note un représentant officiel du gouvernement, « il n'y a pas de changement au niveau terrain [...] aussi nous devons convaincre l'assemblée du district que la santé est importante pour qu'elle nous donne les ressources. Nous devons leur faire comprendre pourquoi la santé est importante car il y a tant d'autres causes ». Un répondant d'une organisation américaine d'assistance technique explique que « pour obtenir plus d'argent pour la santé, le MSP doit persuader l'assemblée du district à allouer plus de fonds à la santé. Ils doivent défendre les budgets au niveau du district ».

Afin de sensibiliser au niveau régional, le Conseil national de la population a commencé de mettre en place des réseaux nationaux, régionaux et locaux traitant des diverses questions de population et de santé reproductive. Un membre du réseau note que « nous avons mis l'assemblée du district au courant de la situation. Ils savent que la grossesse de l'adolescence, c'est un problème mais ils n'ont pas encore réalisé qu'il fallait agir ». Un représentant officiel du MSP qui travaille pour le Programme de lutte contre le SIDA explique que « les responsables du programme au niveau national devront défendre la cause au niveau régional afin d'assurer un financement adéquat pour les activités de lutte contre les MST/VIH/SIDA ». Les ONG travaillent également avec les districts pour « vérifier que les questions figurent bien dans leurs plans de développement ».

Sénégal. Les répondants au Sénégal ont indiqué que le *Programme des actions et investissements prioritaires dans le domaine de la population, 1997-2001* représente de fait une nouvelle orientation : les activités ne relèvent plus tant de l'optique projet mais davantage de l'approche programmatique. En rangeant toutes les activités dans le contexte d'un seul programme global au lieu de les voir de manière isolée, le gouvernement espère arriver à une meilleure cohérence des activités et coordination entre bailleurs de fonds. Mais tous les niveaux de la structure sanitaire ne fournissent pas l'ensemble minimum de services mentionné par le MSPAS. Un représentant d'un conseil régional a mentionné qu'un grand nombre des postes de santé de la région n'avait pas de personnel formé en matière de planification familiale.

En 1991, le Sénégal a adopté l'Initiative de Bamako qui a renforcé la participation communautaire par le biais des comités de santé élus au niveau local. La mobilisation de fonds au niveau communautaire est une grande stratégie de l'Initiative de Bamako. Ces fonds servent à couvrir les dépenses locales de fonctionnement dont le coût des médicaments essentiels. L'Initiative de Bamako insiste également sur l'importance de la mobilisation communautaire pour la gestion des services de santé. Mais jusqu'à présent, d'après les répondants, les comités de santé se sont limités à la gestion financière et n'ont pas vraiment encouragé la prestation de services de santé. Certains projets cherchent actuellement à encourager les comités de santé pour qu'ils assument un rôle plus important.

Au Sénégal, les ONG jouent un rôle de plus en plus important au niveau des programmes de santé reproductive. De grandes ONG intervenant sur l'ensemble du pays telles que l'Association pour le Bien-Etre familial (ASBEF, affiliée de l'IPPF) et Santé et Famille (SANFAM) ne fournissent qu'une petite proportion de l'ensemble des services de planification familiale et de santé reproductive mais les répondants ont noté que ces grandes ONG fixaient les normes de qualité et apportaient une expertise technique aux programmes. De petites ONG

communautaires sont un facteur important au niveau de base, surtout en ce qui concerne le SIDA et la mutilation génitale de la femme. Les organisations communautaires sont également importantes, par exemple les groupements féminins, organisés au départ pour des raisons politiques et qui fournissent une structure avec laquelle les projets de développement peuvent travailler. Par exemple, le Ministère des Femmes, des Enfants et de la Famille (MFEF) a demandé à un réseau de 500 groupements féminins de réaliser des activités d'IEC dans le domaine de la santé reproductive. Ce réseau est particulièrement important car le MSPAS n'a formé les gens en IEC que jusqu'au niveau du district. Les infirmières dans les postes de santé n'ont ni les compétences ni le temps de réaliser des activités d'IEC.

Dans le secteur public, les services de SMI sont intégrés dans la mesure où tous les services sont fournis par la même personne dans la plupart des postes de santé – mais à des jours différents. La planification familiale est encore plus isolée des autres services de santé reproductive car elle est fournie dans un centre à part. Un répondant d'une organisation américaine d'assistance technique mentionne que des mesures ont été prises pour intégrer le traitement des MST aux services de SMI. Des algorithmes syndromiques ont notamment été élaborés et le personnel de la santé a reçu une formation portant sur leur utilisation. Mais ces algorithmes syndromiques n'ont pas encore été intégrés à l'algorithme général du MSPAS auquel se rapportent la plupart des prestataires de la santé. De plus ce répondant indique également que certains membres du personnel hésitent à traiter les MST. Le FNUAP soutient le MSPAS au niveau de l'intégration des services en mettant en place des centres de santé pilote dans chacune des 10 régions du Sénégal. Le personnel a reçu une formation en santé reproductive et les centres de santé ont été rénovés pour qu'ils puissent fournir des services intégrés de santé reproductive. Cette activité en est à l'étape finale, celle de la réorganisation de la circulation des clients. Dans un centre de santé, le médecin indique, « nous penchons vers l'intégration ». Dans ce centre, tous les services sont disponibles tous les jours sauf les vaccinations qui ne sont disponibles qu'un jour spécifique.

Outre ces efforts préliminaires en vue de l'intégration, le Ministère de la Jeunesse et des Sports et plusieurs ONG ont démarré des projets pilotes d'IEC et de services de santé reproductive pour les jeunes. Certains nouveaux projets ciblant tout particulièrement les hommes, par exemple, le projet géré par l'ASBEF fournit une information sur la planification familiale aux hommes dans la police et l'armée. Des projets préliminaires sont également réalisés dans des domaines de santé reproductive négligés auparavant, par exemple les soins post-avortement et la mutilation génitale de la femme.

Jamaïque. En Jamaïque, peu de changements ont été faits au niveau des programmes suite à la CIPD de 1994. Malgré l'existence de documents tels que le *Plan national d'action pour la population et le développement (1995-2015)*, la Jamaïque n'a pas élaboré de plans opérationnels explicites pour la santé reproductive. Un représentant d'un bailleur de fonds dit : « Je n'ai vu aucun changement dans les programmes. » Tous les éléments de la santé reproductive sont disponibles en Jamaïque, mais les services ne sont généralement pas fournis dans un seul endroit. Les clients doivent se déplacer pour obtenir certains services (par exemple, le traitement des MST, le dépistage du cancer et la stérilité). Les éléments les plus développés de la santé reproductive sont la planification familiale, la SMI et les MST/VIH/SIDA. Les services de planification familiale et de SMI sont accessibles pour la plupart des femmes de la Jamaïque

mais les adolescents et les hommes ne sont pas bien servis par le programme de planification familiale.

La planification familiale est intégrée aux services de SMI. Reprenons les propos d'un représentant du gouvernement : « L'intégration a lieu au niveau du service. Peut-être que les services de planification familiale et de SMI ne sont pas fournis le même jour mais le personnel est le même. Les clients doivent savoir quels sont les services disponibles tel ou tel jour. » Mais selon un représentant du gouvernement, « 25 ans après l'intégration de la planification familiale et de la SMI, certains prestataires pensent encore que la PF est quelque chose de rajouté ». L'intégration des services de SMI/VIH aux services de planification familiale dans le secteur public a également fait l'objet de discussions. Selon un représentant du gouvernement, « nous devrions commencer par les plus importants puis il sera plus facile d'intégrer d'autres éléments de la santé reproductive ». Un représentant du gouvernement mentionne que « les institutions sont préoccupées par le changement. Elles veulent garder leurs institutions en place. Pouvons-nous intégrer sans faire des changements structurels ? Est-ce que nous changeons nos structures de gestion ? »

« Les institutions sont préoccupées par le changement. Elles veulent garder leurs institutions en place. Pouvons-nous intégrer sans faire des changements structurels ? Est-ce que nous changeons nos structures de gestion ? »

Un répondant du gouvernement, Jamaïque

Actuellement, selon un représentant du gouvernement, « l'unité de l'épidémiologie du MSP travaille verticalement avec les services de SMI concernant les activités de MST et de VIH [...]. Ils partent du principe qu'ils ont besoin de l'unité pour contourner la bureaucratie du MSP ». Les liens établis entre la planification familiale et les services de MST/VIH ne sont guère pratiques pour les clients tel que l'explique ce représentant du gouvernement : « Si une cliente a des pertes vaginales, elle devra revenir le mercredi, jour des MST. Mais peut-être que c'est une infection due à la levure. » Grâce à un financement de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), la région du Nord-Est de la Jamaïque sert de région pilote à l'intégration de la planification familiale et des services de MST/VIH (mais pas pour l'administration des activités au sein du MSP.) Bien des problèmes subsistent au niveau de l'intégration dont les décisions concernant l'ampleur de l'intégration (intégration administrative et des services, à quels niveaux du système de prestations et intégration complète ou liens entre les services.)

FAMPLAN, affiliée de l'IPPF en Jamaïque a participé à un programme de 1993 à 1996 pour intégrer les MST aux services de planification familiale. Suite au projet, « la séance de counseling typique a évolué passant d'une simple transmission d'information à un échange réel entre conseiller et client qui se penche sur les besoins des clients dans le contexte de la santé sexuelle et reproductive » (Becker et Leitman, 1997:3). La réussite du projet repose sur la formation participative qui avait été donnée aux prestataires dont un grand nombre devaient se débarrasser des préjugés qu'ils avaient à l'égard des clients des services des MST. Le programme qui a permis notamment d'augmenter l'utilisation de condoms n'a pris plus de temps au personnel qui avait craint au départ que cela ne signifie un surcroît de travail.

Les adolescents, groupe prioritaire en Jamaïque, n'avaient pas reçu un très bon accueil par le passé dans les services de santé. Selon un représentant d'une ONG, « par le passé, les adolescents n'étaient pas vraiment acceptés par le système de santé [...] l'étude sur la qualité des soins de 1995 montre que les prestataires sont moins enclins à donner des contraceptifs aux filles qu'aux garçons ». Un prestataire privé dit : « Je vois des filles de 13 à 16 ans qui sont enceintes. Certaines n'ont jamais entendu parler de la planification familiale ou elles prenaient la pilule mais en avaient oublié deux ou trois ou encore elles avaient simplement voulu essayer. Aucune n'est contente d'être enceinte. Heureusement que nous avons un bon service au Centre féminin qui s'occupe des adolescentes. Nous devons fournir aux adolescents des informations exactes et de bons services. » Le représentant d'une ONG en Jamaïque indique : « Nous devons commencer plus tôt avec les adolescents car il faudra dix ans avant de pouvoir assister aux changements. C'est notre seul espoir. »

Les hommes sont un autre groupe ciblé par les services de santé reproductive. On n'a pas encore déterminé exactement l'attention qu'il faudra consacrer aux hommes dans les années à venir. Tel que l'indique un représentant d'une ONG en Jamaïque, « nous devons décider des buts et des objectifs et ensuite nous pouvons concevoir des programmes pour les hommes ».

Pérou. CONAPO, Conseil national de population, a existé entre 1982 et 1996 et il coordonnait et planifiait les activités de population notamment la planification familiale. En 1996, le Président Fujimori a annoncé la création du Ministère de la promotion de la femme et du développement humain (PROMUDEH) en réponse en partie à un engagement qu'il avait pris lors de la quatrième conférence mondiale pour la femme tenue en 1995. PROMUDEH a repris les fonctions de CONAPO ainsi que certaines des fonctions se rapportant à la femme et à la santé reproductive qui étaient assumées auparavant par d'autres ministères publics.

Il y a cinq ans, les programmes du Pérou étaient de nature verticale. De nos jours, la plupart des services de santé reproductive sont fournis sous les auspices du Département des Programmes sociaux au sein du MINSA. Un répondant du MINSA indique que l'organisation devrait être appelée le Département de la santé reproductive mais les noms et les structures mettent plus longtemps à changer que le contenu des programmes. Quatre programmes sont réalisés par le département : planification familiale, santé maternelle et périnatale, santé scolaire et des adolescents et lutte contre le cancer des organes reproducteurs. Un répondant du MINSA indique que les programmes sont coordonnés mais que l'intégration est difficile. Chaque programme a son propre système de supervision, son propre programme d'IEC etc. La planification familiale est de loin le plus important de ces programmes. Le programme pour le cancer des organes reproducteurs n'était qu'un titre vide jusqu'à récemment mais à présent, il a reçu un certain financement et est en train d'élaborer des directives et de mettre en place des programmes. Les répondants ont indiqué que la planification familiale est une telle priorité qu'elle n'a pas été intégrée à d'autres programmes de santé reproductive mais qu'elle est administrée verticalement. Le Programme pour la lutte contre les MST et le SIDA (PROCETSS) fait partie d'un département différent. Un représentant de PROCETSS indique que sa coordination avec le programme de santé reproductive est « distante ».

Le MINSA n'a pas de stratégie pour intégrer les services de santé reproductive bien que les responsables du MINSA soient conscients de l'importance de l'intégration et font des efforts

pour renforcer les liens entre les divers volets de service. Par exemple, le MINSA encourage les services de planification familiale du post-partum et le dépistage ainsi que le traitement du cancer et des MST font partie des nouvelles directives de la planification familiale. PROCETSS a donné une formation au personnel responsable de la planification familiale et des soins prénatals portant sur le diagnostic syndromique des MST. Au niveau du poste de santé, un répondant d'un bailleur de fonds a indiqué que les services doivent être vus comme des services intégrés car une seule personne les dispense tous. Mais par contre, un autre répondant a indiqué que la planification familiale était une telle priorité que d'autres éléments de la santé reproductive sont relégués au deuxième plan et ne reçoivent pas toute l'attention nécessaire. Un représentant du MINSA indique qu'il existe encore des salles séparées pour différents services : « Quand vous entrez au centre, vous ne verrez pas un signe qui dit Santé reproductive. » Bien que les pratiques soient plus intégrées que par le passé, les représentants des ONG locales dans une région indiquent que les services restent séparés. Par exemple, ils indiquent l'existence d'une salle séparée pour les soins prénatals et font remarquer que le personnel doit poser aux patients une liste tellement longue de questions se rapportant aux soins prénatals qu'il ne reste pas assez de temps pour traiter d'autres aspects.

Les ONG au niveau communautaire travaillant avec les femmes ont un concept bien plus large de l'intégration au Pérou (comme dans d'autres pays) que les organisations nationales ou les institutions publiques. Les représentants de ces ONG signalent que la santé n'est qu'un des nombreux problèmes que les femmes rencontrent et « qu'il serait intéressant de voir leurs problèmes de manière plus intégrée ». Les problèmes de santé sont souvent liés à d'autres questions. Par exemple, une femme peut avoir des problèmes au moment de la grossesse car elle doit effectuer un dur labeur à cause de sa situation économique ou de sa relation avec son mari. Malheureusement, le personnel de santé n'a ni le temps ni les compétences nécessaires pour traiter la gamme entière de problèmes. Dans bien des cas, le personnel sanitaire travaille en étroite collaboration avec les ONG pour orienter les femmes vers des organisations qui sont en mesure de les aider.

Ressources financières pour la santé reproductive

Les pays ont besoin de ressources financières suffisantes pour mettre en œuvre les programmes élargis de santé reproductive. Dans chacun des huit pays, le financement pour la santé reproductive provient d'une combinaison de fonds du gouvernement, des donateurs ainsi que du secteur privé et volontaire national. De plus, dans un grand nombre de pays, les utilisateurs payent certains services obtenus par le biais des secteurs public et privé. La proportion de financement obtenue de chaque source varie d'un pays à l'autre. Certains répondants ont noté que les niveaux de financement étaient en train d'augmenter bien qu'il soit difficile d'obtenir des informations sur les montants exacts dans certains pays. Toutefois exception faite du Bangladesh, les contraintes du financement entravent les efforts de tous les pays. Par conséquent, les huit pays sont en train de rechercher des manières d'améliorer la viabilité à long terme de leurs programmes de santé reproductive.

Bangladesh. Ces dernières années, les niveaux de financement pour la santé reproductive au Bangladesh augmentent en termes réels mais, tel que l'indique un répondant du gouvernement : « L'octroi des ressources ne reflète pas encore la priorité accordée à la santé reproductive au Bangladesh. Les questions démographiques représentent le plus grand problème mais c'est l'éducation qui reçoit le plus d'argent suivie par la santé et ensuite seulement vient la planification familiale. » Les répondants ont convenu à l'unanimité que le programme dépendait de trop des crédits des bailleurs de fonds. Le financement des bailleurs de fonds est en train de diminuer mais parallèlement, on s'attend à une demande de services qui doublera probablement dans les dix à douze prochaines années. Mais pour reprendre les propos d'un autre représentant d'un bailleur de fonds : « Vraiment je ne pense que la viabilité financière représente un problème. Les bailleurs de fonds et leur argent seront toujours là. »

Afin d'accroître la viabilité financière du programme de santé reproductive, le MSBEF prévoit d'introduire des services payants dans le secteur public. Au départ, une petite participation sera demandée mais on ne cherchera pas à arriver au recouvrement complet des coûts. Une fois que les services payants auront été introduits dans tous les établissements publics, les tarifs seront progressivement augmentés afin de récupérer une proportion plus importante des coûts.

Inde. En termes réels, les dépenses de fonctionnement pour la santé et le bien-être familial ont diminué de 1991 à 1994. Afin de mettre en œuvre pleinement l'approche de santé reproductive, l'Inde devra prendre un solide engagement financier et accroître les fonds alloués au programme. Vu les mesures de l'ajustement structurel en cours, il semble peu probable que le gouvernement indien – avec son soutien mitigé à la santé reproductive – soit en mesure de relever tout seul ces défis financiers. Les bailleurs de fonds augmentent leur aide au programme et certains experts pensent que les crédits des bailleurs de fonds continueront de croître et qu'ils joueront un rôle plus important dans l'avenir du programme.

Le programme de l'Inde permet une récupération limitée des coûts. Tel que l'indique un répondant, « les centres de santé primaires n'encouragent pas les services payants. Au niveau local, nous essayons d'encourager le paiement des services [...] les gens respectent les choses pour lesquelles ils doivent payer. De plus cela encourage l'aide infirmière dans son travail car

elle peut garder la somme nominale de 10 paise pour chaque condom ». La Corporation de marketing social fait payer pour les contraceptifs oraux et les condoms. Certaines ONG font payer les services et les praticiens privés font payer des services curatifs comme le traitement des MST. Mais vu qu'une grande proportion de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, les répondants ont indiqué que probablement le gouvernement ou les bailleurs de fonds devront continuer à financer une part importante du programme de santé et de bien-être familial.

« Il faut beaucoup plus de ressources. Un grand nombre de bailleurs de fonds réduisent leur programme ou du moins ils n'augmentent plus les ressources. Les efforts de recouvrement des coûts sont faibles même dans le secteur des ONG. »

Représentant d'une ONG, Népal

Népal. En 1994, le secteur de la santé au Népal a obtenu 3,8% de budget total de l'Etat, soit 0,7 % seulement du produit national brut. L'appui des bailleurs de fonds représente presque la moitié du budget total de la santé et couvre 58% des activités des soins de santé primaires. La plupart des répondants ont indiqué que le Népal n'avait pas les ressources nécessaires pour élargir les services de santé reproductive. Reprenons à ce propos les arguments avancés par un représentant d'un bailleur de fonds : « Ce sont les bailleurs de fonds qui ne s'acquittent de leurs obligations et qui n'ont pas augmenté les ressources consacrées à la santé reproductive ». Le représentant d'une ONG indique qu' « il faut beaucoup plus de ressources. Un grand nombre de bailleurs de fonds réduisent leur programme ou du moins ils n'augmentent plus les ressources. Les efforts de recouvrement des coûts sont faibles même dans le secteur des ONG ».

Jordanie. En Jordanie, la plupart du financement de la planification familiale et de la santé reproductive est octroyé par le gouvernement par le biais du MSSS dont le budget s'élève à 5,2% du budget public total (Almasarweh, 1997). Un répondant d'une organisation d'assistance technique des Etats-Unis fait le commentaire suivant : « Les niveaux de financement sont corrects pour le moment mais à l'avenir les choses pourraient être différentes avec l'application de la *Stratégie nationale de la population*. » Cela reviendra cher d'offrir les services de santé reproductive tel qu'envisagés au Caire. Un représentant officiel du gouvernement indique que le financement limité obtenu des bailleurs de fonds explique en partie la non application de la politique de population.

Ghana. Il était difficile d'obtenir une réponse sur le financement de la santé reproductive au Ghana bien qu'un représentant du gouvernement ait indiqué que « le Gouvernement du Ghana ne dépense pas des sommes importantes pour la santé ». Si un membre du personnel du Conseil national de la population a indiqué que le gouvernement avait commencé à financer davantage les activités de population et que le gouvernement du Ghana n'était pas trop dépendant actuellement des bailleurs de fonds, d'autres répondants n'étaient pourtant pas d'accord avec cette description de la situation. Plusieurs répondants ont noté que le rôle joué par les bailleurs de fonds et les ONG est d'importance capitale pour fournir information et services aux populations peu desservies, surtout celles au niveau du district. Un répondant d'un bailleur de fonds et un autre faisant partie du gouvernement ont indiqué qu'il existait un niveau extrêmement élevé d'assistance externe et de dépendance face aux crédits des bailleurs de fonds. Les répondants ont

noté que les ressources étaient insuffisantes pour mettre en œuvre un programme complet de santé reproductive qui permettrait d'élargir l'accès aux services sur l'ensemble du pays.

Sénégal. Le financement pour la santé en général est en train d'augmenter. Le gouvernement s'est engagé à augmenter le pourcentage de son budget consacré à la santé de 0,5% par an pour arriver à un total de 9% en l'an 2000. Un représentant officiel du gouvernement a indiqué que le gouvernement ne consacrait pas une part importante de ses ressources à la santé reproductive. La réponse de ce représentant public était peut-être inspirée par le fait que le gouvernement utilise ses ressources pour financer des domaines intéressant moins les bailleurs de fonds. Tous les répondants ont convenu de l'énorme présence financière des bailleurs de fonds au Sénégal. Un des répondants a indiqué que l'aide étrangère représentait jusqu'à 90% des activités de santé reproductive alors que les activités sanitaires en général reçoivent une plus grande proportion de fonds du gouvernement. Un représentant d'une ONG fait le commentaire suivant : « Tout est payé par les bailleurs de fonds. »

Le recouvrement des coûts, source de financement très importante pour le fonctionnement des districts sanitaires est également en train d'augmenter. Par le biais de l'Initiative de Bamako, les comités sanitaires communautaires fixent des tarifs nominaux pour divers médicaments et services. Les fonds mobilisés dans le cadre de l'initiative sont ensuite utilisés pour acheter plus de médicaments, pour payer le personnel et couvrir les dépenses de fonctionnement des centres de santé et des dispensaires. Les répondants pensent que la tendance va vers un plus grand recouvrement des coûts, facteur critique pour assurer la viabilité dans le long terme. Mais certains répondants étaient préoccupés par les importantes fluctuations de prix d'une communauté à une autre, craignant également que dans les régions les plus pauvres, ces prix n'entrent pas dans la portée des populations locales. Un répondant a indiqué que, pour la planification familiale en particulier, le programme essayait encore de stimuler la demande et que les prix des contraceptifs qui sont trop élevés pourraient poser une barrière à l'accès.

Jamaïque. En 1994-1995, le MSP a obtenu 5,8% du budget national comparé à 6,7% en 1989-1990 (Wright, Blumberg et McKenzie, 1995). La planification familiale ne fait pas l'objet d'une affectation spéciale dans le budget national de la santé et le budget des soins de santé primaires ne prévoit pas de financement supplémentaire pour les activités de santé reproductive. Alors que les bailleurs de fonds diminuent leur financement en Jamaïque, le gouvernement prend à sa charge une partie des dépenses. Par exemple, le gouvernement paye actuellement les contraceptifs, dépense que l'USAID avait assumée jusqu'à récemment. On ne sait les changements du budget de la santé qui sont prévus dans le cadre de la réforme du secteur de la santé en Jamaïque.

Tous les répondants ont indiqué qu'il fallait accroître la viabilité des services de santé reproductive. Le gouvernement cherche à orienter les utilisateurs de la planification familiale vers le secteur privé mais le MSP reste engagé à fournir des services gratuits à 40% au moins de la population pour couvrir les pauvres. Le MSP a mis en place un programme réussi de recouvrement des coûts pour les hôpitaux mais n'a pas l'intention de l'étendre aux soins de santé primaires. Le programme prévu d'assurance-maladie au niveau national ne concernerait que les soins hospitaliers. Un représentant d'une ONG propose que, tant qu'à choisir, ce soient plutôt la planification familiale et la santé reproductive qui soient les bénéficiaires. FAMPLAN qui

recouvre 50 à 60 % de ses coûts dans deux centres cherche également diverses manières d'améliorer sa viabilité financière. La plupart des répondants ont noté que le financement des activités de santé reproductive représentait un obstacle à l'expansion des programmes. « Nous pourrions faire davantage si nous avions le financement nécessaire » qu'il s'agisse de la formation des prestataires, du fait d'étendre les services aux jeunes et aux hommes, d'élargir l'accès à un plus grand nombre d'éléments de la santé reproductive ou de diffuser plus de matériel. Un représentant du gouvernement a essayé d'être optimiste en indiquant que « si les gens s'accrochent et s'ils y croient, le financement arrivera pour la santé reproductive ».

Pérou. Ces dernières années, le gouvernement a augmenté très nettement les niveaux de financement accordé à la santé reproductive, surtout la planification familiale. Un répondant d'une organisation d'assistance technique américaine indique que le gouvernement a budgétisé 8 millions de dollars en 1996 explicitement pour la planification familiale et 160 millions de dollars pour son programme intitulé Santé de base pour tous qui englobe bien des éléments se rapportant à la santé reproductive. Les répondants ont noté que ce financement supplémentaire se destinait essentiellement à la planification familiale bien que la santé maternelle commence également à recevoir un soutien accru du gouvernement, surtout le nouveau Plan d'urgence pour la réduction de la mortalité maternelle. La lutte contre le SIDA et les MST ainsi que l'éducation pour la vie familiale reçoivent également un soutien important du gouvernement. Vu l'engagement ferme que prend le gouvernement face aux programmes de santé reproductive, les bailleurs de fonds commencent à diminuer leur rôle. Un bailleur de fonds estime que les bailleurs de fonds contribuent à raison de 10% à 15% au budget général du MSP bien que le pourcentage pour la santé reproductive soit plus élevé. Le même répondant décrit le rôle actuel des bailleurs de fonds de la manière suivante : « [...] Aider le gouvernement à étendre les services à des endroits où les soins ne sont pas dispensés et travailler en collaboration avec le MSP pour améliorer la qualité et la gamme de services. »

Récemment, le secteur public a éliminé les services payants pour la planification familiale et le traitement des MST et envisage également de fournir gratuitement les services obstétricaux. Les répondants reconnaissent que des services gratuits élargiront l'accès aux services de planification familiale et d'accouchement mais ils sont préoccupés par la viabilité financière de cette structure. « Il faut se donner des critères sur les services que l'Etat peut fournir gratuitement à toute la population et les services destinés uniquement aux populations à faibles revenus », selon le répondant du MSP.

Plusieurs répondants ont cité les limitations financières comme un des obstacles entravant non pas la prestation de la planification familiale mais d'autres volets de la santé reproductive. Par exemple, un répondant a mentionné que le MSP avait mis en place un programme de prévention et de traitement en matière de violence mais souvent il n'avait pas les ressources nécessaires pour couvrir les dépenses et par conséquent, il devait faire payer. De plus, les coûts élevés de certaines composantes de la santé reproductive limitent la disponibilité des services tel que le traitement du cancer gynécologique et la prévention de la transmission périnatale du VIH.

Passer des politiques aux programmes

Le Caire est la validation internationale des droits en matière de reproduction et de sexualité, des services pour les adolescents et de l'aide qu'il convient d'apporter aux couples et individus pour qu'ils puissent notamment réaliser leurs intentions en matière de reproduction et bénéficier d'une bonne santé reproductive. Le Caire pose également le cadre de l'adoption d'une approche holistique axée sur le client dans les services de santé reproductive. La CIPD ne fournit pas de directives spécifiques sur la mise en œuvre du *Programme d'action* mais tel que le remarque un membre du Ghana, « nous vivons dans le même monde. Nos programmes font également partie de la CIPD. Aussi le Ghana n'œuvre-t-il pas tout seul. Cela renforce encore ce que nous faisons [...] nos programmes en seront acceptés plus facilement ». Tel que montré dans les huit études de cas, les pays adaptent leurs approches en matière de formulation des politiques et programmes sanitaires à leurs propres circonstances.

Au niveau national, les huit pays ont fait des progrès considérables dans le domaine de la formulation des politiques. Certains pays ont élaboré des politiques de santé reproductive alors que d'autres ont formulé des plans stratégiques pour relier entre eux les divers éléments de la santé reproductive. Un grand nombre de répondants étaient d'accord pour dire que les pays s'étaient effectivement donnés de bonnes politiques mais que les progrès étaient moindres sur le plan de l'intégration et de la décentralisation. En effet, les pays se heurtent à des défis de taille alors qu'ils doivent franchir le pas les menant de la formulation de politiques à la mise en œuvre de programmes.

Renforcer les connaissances et l'appui chez les parties concernées

La santé reproductive a suscité de nombreuses discussions dans les huit pays. Mais la simple adoption de politiques s'inspirant de la définition de la CIPD en 1994 ne garantit que les décideurs, les responsables de programme et le personnel des soins de santé comprendront effectivement ce que la santé reproductive signifie dans la vie des clients et, par conséquent, les services dont ils ont besoin.

« Les femmes rurales comprennent leurs propres besoins mais ne sont pas au courant des éléments de la santé reproductive. Le concept de soins préventifs n'existe pas chez les femmes des zones rurales et elles ne consultent les services de santé qu'en cas de problème. Si nous arrivons à comprendre la manière de penser des gens, nous pourrions cibler plus efficacement notre message. »

Chercheur du Bangladesh

Bangladesh. Depuis la CIPD, le Bangladesh a réalisé plusieurs ateliers et séminaires. Les décideurs sont généralement au courant et intéressés par la santé reproductive mais ils risquent de ne pas comprendre tous ses éléments. Mais certains décideurs ont une vue étroite de la santé reproductive pensant que ce n'est qu'une nouvelle appellation pour la planification familiale. Seul un nombre limité des membres du personnel du MSBEF à tous les niveaux ont une vue intégrée de la santé reproductive ou même une connaissance adéquate des questions de population. Les prestataires de services n'ont pas reçu une bonne formation portant sur le

concept de la santé reproductive. La population urbaine et éduquée sait que des services de santé reproductive sont nécessaires mais dans les zones rurales, seule l'élite ayant accès aux médias est au courant. La population pauvre, rurale et analphabète – groupe qui pourtant aurait le plus à gagner des services de santé reproductive - n'est pas au courant de la signification du concept. Tel que le fait savoir ce chercheur : « Les femmes des zones rurales comprennent leurs propres besoins mais elles ne sont pas au courant des éléments de la santé reproductive. Le concept des soins préventifs n'existe pas chez les femmes rurales et elles ne consultent les services de santé qu'en cas de problème. Si nous arrivons à comprendre la manière de penser des gens, nous arriverons à cibler plus efficacement notre message. »

Inde. Les répondants interviewés en Inde étaient au courant de la santé reproductive et pourtant un représentant d'une ONG note que « le concept de la santé reproductive n'est pas bien compris mais les politiques sur papier sont valides ». Un autre répondant fait savoir que « l'Inde a encore bien du chemin à parcourir. Il faudra continuer à défendre la cause et la nécessité des politiques et programmes de santé reproductive ». D'après les dires de celui-ci, « les objectifs démographiques occupent encore une place importante [...] la vieille équipe s'oppose toujours aux nouvelles directions. Pour elle, le choix, ce n'est pas important. Ce qui compte, c'est de faire diminuer les nombres. La mentalité des médecins et responsables de programmes n'a pas changé. Pas la peine d'essayer de changer la manière dont travaille l'aide soignante si les autres personnes du programme pensent encore en terme de quantité. Le concept de la santé reproductive en Inde est encore compris de manière très étroite. Pour les gens du programme, la santé reproductive est un autre mot pour stérilisation ». Un répondant d'une organisation d'assistance technique des Etats-Unis est d'accord : « Nous devons organiser une campagne de plaidoyer à vaste échelle si nous voulons changer les choses. Le plus difficile, c'est de désapprendre l'orientation démographique. Ce sont des démographes qui formulent les politiques en Inde [...] il faut qu'ils changent la manière dont ils voient les choses. Le côté opérationnel viendra par la suite. »

La vaste majorité des Indiens connaissent peu la nouvelle approche de santé reproductive. Certes, la connaissance des méthodes contraceptives est élevée mais les choses sont différentes en ce qui concerne la santé reproductive. Prenons l'exemple suivant : l'avortement est légal depuis plus de 25 ans en Inde mais un grand nombre de femmes ne sont pas au courant de sa disponibilité. Par conséquent, la plupart des avortements sont réalisés dans des conditions dangereuses. La plupart des femmes accouchent encore à la maison et ne se rendent pas aux services prénatals pendant le premier trimestre. Plusieurs études qui ont interviewé des femmes de la communauté sur les symptômes des ITG indiquent que les femmes connaissent effectivement le fonctionnement normal et anormal de leur système de reproduction mais elles ne sont pas au courant des interventions sur le plan en la matière. Les prestataires n'ont ni la formation ni l'expérience nécessaires en matière d'utilisation de protocoles standardisés de dépistage et de traitement. La population ne connaît guère le SIDA et la manière dont la maladie se propage et dont elle peut être évitée. Le programme de santé reproductive et infantile réalisera des activités d'IEC ciblant ceux qui ont accès aux mass médias afin de mettre en place des capacités locales d'éducation sanitaire et de counseling sur la planification familiale, la maternité sans risques, les soins obstétricaux essentiels et les ITG/MST. Le programme financera également des activités médiatiques et des recherches sur les publics pour améliorer l'IEC par le

biais des mass médias en tant que moyen d'augmenter les connaissances portant sur la santé reproductive.

Népal. Depuis la CIPD, le MSP, les ONG et la communauté des bailleurs de fonds ont réalisé plusieurs ateliers et séminaires mais des changements politiques fréquents ont freiné les activités de plaidoyer visant à renforcer le soutien parmi les responsables. Un projet de loi visant à décriminaliser l'avortement a été préparé plusieurs mois de cela et a été débattu au Parlement mais aucune résolution n'a été prise. En attendant un grand nombre de répondants ont indiqué que les responsables avaient une attitude ambivalente à propos de la santé reproductive. Le Népal doit déployer un effort bien plus concerté pour sensibiliser à la santé reproductive, pour arriver au consensus nécessaire surtout en ce qui concerne la santé des adolescents et l'avortement. Tel que s'exprime un représentant officiel du MSP : « Les responsables sont sensibilisés au VIH/SIDA mais vu que le gouvernement change souvent, nous devons continuellement les rééduquer. »

Le MSP a adopté officiellement la *Stratégie de santé reproductive* en février 1998 mais n'a fait aucun effort pour la diffuser auprès des parties concernées et des prestataires de soins de santé. Aussi, un représentant d'un bailleur de fonds indique qu'« aucun médecin du district n'arriverait à définir la santé reproductive ». Les prestataires ont mentionné qu'ils n'avaient été ni notifiés des changements de la stratégie du programme ni formés dans le domaine de la santé reproductive. Un autre répondant fait savoir que « nous avons un terrible problème avec les nouveaux concepts. De nouveaux noms sont introduits sans cesse. D'abord on parlait des maladies vénériennes, puis des maladies sexuellement transmissibles, puis des infections sexuellement transmissibles et, à présent, des infections du tractus génital. Il en va de même de la santé reproductive. D'abord, c'était la SMI, puis la santé familiale et maintenant la santé reproductive. La moitié de l'argent sert uniquement à diffuser de nouveaux concepts et à orienter les agents de santé en la matière ». De plus, le Népal n'a pas vraiment cherché à faire participer aux discussions ou activités d'autres ministères tels que le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le Ministère de la Femme et de l'Enfant ou encore le Ministère de l'Education.

« Nous avons un terrible problème avec les nouveaux concepts. De nouveaux noms sont introduits sans cesse. D'abord on parlait des maladies vénériennes, puis des maladies sexuellement transmissibles puis des infections sexuellement transmissibles et, à présent, des infections du tractus génital. Il en va de même de la santé reproductive. D'abord, c'était la SMI, puis la santé familiale et maintenant la santé reproductive. La moitié de l'argent sert uniquement à diffuser de nouveaux concepts et à orienter les agents de santé en la matière. »
Répondant du MSP, Népal

Jordanie. Certains répondants ont indiqué qu'il fallait sensibiliser davantage le public aux questions de population et de santé reproductive, surtout les hommes qu'il s'agissait de convaincre en leur montrant les avantages de la planification familiale. En outre, il est important d'éduquer les femmes pour leur apprendre leurs droits. Le NPC, le JAFPP et les bailleurs de fonds ont soutenu un certain nombre d'activités pour renforcer les connaissances et le soutien pour les activités de population en général et pour sensibiliser davantage à la santé reproductive en particulier. La Jordanie a fait des progrès du point de vue collaboration avec des dirigeants

politiques, des décideurs et le public mais il reste bien du travail à faire. Les activités de sensibilisation doivent continuer à cibler les décideurs de haut niveau. De plus, il faut souligner davantage les bénéfices de l'approche de santé reproductive et les faire connaître à tous les niveaux de la bureaucratie du MSSS y compris les prestataires de services. Les activités de sensibilisation doivent également cibler les prestataires du secteur privé dont un grand nombre sont sceptiques à propos de la planification familiale et connaissent peu de choses en matière de santé reproductive. Un des répondants du MSSS a noté : « Nous n'avons pas participé à la conférence du Caire mais nous sommes au courant. Le terme de santé reproductive a été introduit récemment. Nous avons changé notre terminologie de planification familiale à santé reproductive [...] dans la pratique nous continuons à dispenser des services de planification familiale. »

Ghana. Un répondant d'une organisation d'assistance technique aux Etats-Unis résume ainsi le point de vue du public quant à la santé reproductive : « Il n'y a pas vraiment d'objection face à la santé reproductive mais un manque de connaissances. Les gens ne sont pas vraiment conservateurs. Si vous leur parlez, vous verrez qu'ils ont la mauvaise impression de la planification familiale et de la santé reproductive car auparavant on ne parlait que la planification familiale et la santé reproductive, c'est quelque chose de nouveau introduit en 1994. Bien des personnes ne l'ont pas encore enregistré. Quand nous expliquons, tout le monde est d'accord pour dire que la santé reproductive, c'est effectivement quelque chose dont il faudrait s'occuper. » Plusieurs répondants ont noté que les parlementaires même ceux faisant partie du comité de la population n'étaient pas informés. Un répondant qui a assisté à la conférence des parlementaires après le Caire dit que « les parlementaires ne sont pas très au courant de la question, ni à l'échelle nationale ni à l'échelle internationale. Ils ne vont pas au fond des choses. Ils survolent simplement la question ».

« Le personnel du poste de santé sera probablement déconcerté si vous lui demandez ce qu'est la santé reproductive surtout s'il n'a pas lu les directives et donc n'a pas vu le terme de santé reproductive. Mais si vous lui posez des questions à propos de chaque élément, il vous répondra que ce sont là des services qui sont tous fournis. »

Un répondant d'une organisation d'assistance technique des Etats-Unis, Ghana

Plusieurs répondants ont également noté qu'un grand nombre des prestataires des secteurs public et privé ne connaissent pas le terme santé reproductive bien que les agents de santé comprennent les éléments pris séparément. Un représentant du MSP explique que « les gens connaissent les divers domaines de la santé reproductive pris un à un. Le terme lui-même est difficile à comprendre pour l'agent de santé ». Un répondant d'une organisation d'assistance technique des Etats-Unis ajoute que « ces idées internationales nous arrivent et de suite, il faut qu'on range tout dans des catégories [...] le personnel du poste de santé sera probablement déconcerté si vous lui demandez ce qu'est la santé reproductive surtout s'il n'a pas lu les directives et donc n'a pas vu le terme de santé reproductive. Mais si vous lui posez des questions à propos de chaque élément, il vous répondra que ce sont là des services qui sont tous fournis ». Le MSP essaye d'éduquer en la matière tous les prestataires en diffusant les *Normes et politiques des services de santé reproductive*. Une évaluation locale de la santé reproductive faite par un projet réalisé par une organisation d'assistance technique américaine constate une connaissance presque universelle du SIDA et des MST au sein du public au même titre que de la

planification familiale. Le représentant du projet indique que « ce bon niveau de connaissance est fort utile ! » Mais d'autres personnes notent que même si la connaissance du SIDA est répandue, les gens ne le prennent pas pour vrai et ne croient pas que cela puisse les toucher eux ou les gens qu'ils connaissent.

Sénégal. Un grand nombre de répondants insistent sur le fait que les responsables politiques au Sénégal sont très prudents dans le soutien qu'ils apportent aux programmes de santé reproductive, disant que les politiciens n'agiront en faveur de la santé reproductive que si les gens le demandent car ainsi cela ne pose aucun risque pour eux. Les répondants indiquent que le concept devient de plus en plus clair bien qu'il existe encore une certaine confusion. Tel que le fait savoir ce répondant d'une organisation d'assistance technique américaine : « L'esprit de la santé reproductive a été adopté mais n'a pas encore été entièrement absorbé. » Un répondant du gouvernement souligne la nécessité d'expliquer plus clairement le concept : « Comment pouvons-nous formuler des programmes si le concept n'est pas clair ? » Plusieurs répondants ont indiqué qu'ils espéraient que le nouveau *Programme d'actions prioritaires et d'investissement dans la population, 1997-2001* permettrait de clarifier le concept. Un répondant d'une ONG signale que « le concept de la santé reproductive n'a pas encore été vulgarisé. Il est discuté uniquement entre intellectuels ». Un répondant du Gouvernement a demandé si la santé reproductive avait des implications du point de vue programme montrant ainsi qu'il pensait que le concept était purement un changement de rhétorique avec peu d'impact sur les programmes courants. Un médecin et une sage-femme des régions à l'extérieur de Dakar avaient entendu parler de la santé reproductive mais ne comprenaient pas clairement sa signification. Le médecin a fait savoir qu'il ne saisissait pas entièrement le concept : « C'est un nouveau terme mais nous travaillons depuis longtemps dans le domaine de la planification familiale, des MST, du SIDA et de la santé maternelle. Je ne sais pas vraiment ce que cela signifie dans la pratique. Peut-être cela nous aidera à obtenir plus d'argent ? »

« C'est un nouveau terme mais nous travaillons depuis longtemps dans le domaine de la planification familiale, des MST, du SIDA et de la santé maternelle. Je ne sais pas vraiment ce que cela signifie dans la pratique. Peut-être cela nous aidera à obtenir plus d'argent ? »
Un prestataire de services, Sénégal

Au vu de la décentralisation, il est devenu très important d'obtenir le soutien des responsables élus localement pour les programmes et les politiques de santé reproductive. Les responsables locaux représentant un groupe particulièrement hétérogène, on peut supposer en règle générale qu'ils sauront peu de choses sur la santé reproductive. Reste à savoir quel sera l'impact de leur manque de connaissance sur la réalisation des programmes de santé reproductive. Certains répondants de bailleurs de fonds et d'organisations d'assistance technique des Etats-Unis découragés par le manque apparent d'engagement au niveau central se montrent plus optimistes quant aux chances de collaboration efficace au niveau local. Les répondants ont insisté sur l'importance de travailler avec des ONG communautaires qui sont en étroite contact avec la population et d'utiliser les agents communautaires pour sensibiliser davantage les habitants des communautés.

Jamaïque. Peu de personnes en Jamaïque pouvaient définir le terme santé reproductive bien que les planificateurs de programmes soient plus au courant que les décideurs ou les

prestataires. Un représentant du secteur privé raconte : « J'ai demandé à un décideur de définir la santé reproductive et il m'a répondu en termes très généraux que cela concernait l'allaitement maternel et la santé des femmes. » Selon un membre du MSP, « quand vous prononcez le mot, différentes idées viennent à l'esprit des gens. C'est une approche holistique couvrant les femmes, les hommes et les adolescents ». Un représentant du gouvernement a dit que « la santé reproductive ne concerne pas seulement les organes génitaux mais aussi le mental et le social ».

Un représentant du gouvernement dit que « ceux qui dispensent effectivement les services sont le plus au courant de la santé reproductive. Ceux qui se rendent à toutes ces conférences n'ont pas le temps de tout mettre ensemble..bien des documents ont été écrits sur la santé reproductive mais les gens ne vont pas les lire ». Selon le représentant d'un bailleur de fonds, « quand vous parlez aux gens ici, c'est encore la planification familiale bien qu'on parle de la santé reproductive ». Un représentant du gouvernement indique qu' « il n'y aura pas de changement au niveau du personnel et les clients seront les mêmes. Nous devons donc encourager les prestataires à voir une personne avec ses besoins en matière de santé reproductive ». Bien que la Jamaïque ne dispose pas d'un programme systématique pour informer les prestataires en matière de santé reproductive ou pour les former à cette approche, un membre du personnel du MSP est optimiste et pense que le personnel comprend les volets de la santé reproductive : « Pour les agents, la santé reproductive, c'est un nouveau concept. Ils ne sauront probablement pas la définir mais ils en connaîtront les éléments individuels. » Elle ajoute les propos suivants : « Certains prestataires commencent à dire la santé reproductive à la place de la planification familiale, surtout les médecins, les sages-femmes et les infirmières de santé publique. »

« Il n'y aura pas de changement au niveau du personnel et les clients seront les mêmes. Nous devons donc encourager les prestataires à voir une personne avec ses besoins en matière de santé reproductive. »

Un répondant du gouvernement, Jamaïque

Les activités d'IEC et de plaidoyer pour la planification familiale et les MST/SIDA tiennent une part importante en Jamaïque. La connaissance de ces deux domaines est élevée parmi les prestataires et le public. Certains répondants notent qu'il faut déployer un effort coordonné pour informer les prestataires et le public sur la santé reproductive. Un répondant du gouvernement ajoute que les comités et départements d'IEC dans les diverses organisations devraient travailler ensemble pour faire connaître la santé reproductive : « Nous devons relier les activités d'IEC pour transmettre le même message. » Un autre répondant du gouvernement note que « nous devons promouvoir la santé reproductive comme quelque chose d'important dans la vie des gens ». Un grand nombre des répondants ont noté que la santé reproductive devait être traitée dans le contexte de la vie des gens surtout en vue de réduire la pauvreté. Un représentant d'une ONG a indiqué que « la santé reproductive, c'est très bien mais nous devons éliminer la pauvreté [...] si les gens doivent choisir entre la nourriture et les condoms, ils s'en remettent au destin espérant ne pas tomber enceinte ». Un représentant du gouvernement est d'accord : « Nous avons fait bien des progrès mais nous ne pourrions prendre en charge adéquatement la santé reproductive des femmes que si nous éliminons la pauvreté et si nous rendons les femmes autonomes. »

Pérou. Au Pérou, le concept de la santé reproductive n'était pas nouveau suite à la Conférence du Caire. Un répondant du MSP indique que cela faisait dix ans que le Ministère intervenait au niveau de la santé reproductive dans le cadre d'un petit projet de l'OPS. Le concept a été perfectionné au fil des ans, compris de manière plus globale et appliqué avec une plus grande constance. Néanmoins la CIPD a relancé les activités, exerçant par ailleurs une profonde influence sur la rhétorique entourant le concept de la santé reproductive. A présent, le terme santé reproductive est intégré aux programmes, aux projets, publications, ateliers et discours de manière bien routinière que ce ne fut le cas il y a encore quelques années de cela.

Le concept de la santé reproductive est très accepté mais la qualité des soins et l'orientation sur les besoins du client ont reçu moins d'attention. Au moment des interviews, on critiquait le fait que le gouvernement encourage la stérilisation. Face à ces réactions, le MSP a mis en place dès février 1998 des critères visant à vérifier que les femmes font un choix informé et libre concernant les méthodes contraceptives.

Quelques répondants ont dit que REPROSALUD, projet financé par l'USAID et réalisé par une ONG féminine, représente un effort important pour permettre aux femmes rurales de définir leurs propres besoins en matière de santé reproductive. Quand on a demandé à une représentante de REPROSALUD quelles étaient les possibilités pour les femmes de pouvoir participer aux programmes de santé reproductive, elle a dit que « la question, ce n'est pas que les femmes s'adaptent aux programmes mais davantage que les femmes prennent soin de leur propre santé reproductive. Les programmes doivent s'adapter à leur culture ».

Planifier l'intégration et les services décentralisés

La mission du Caire, si elle est entièrement réalisée par le biais d'une approche intégrée à la santé reproductive, exige une planification et une coordination attentives de la part d'un certain nombre d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Dans certains cas, des changements devront être faits au niveau des arrangements institutionnels. Dans certains pays, le manque de planification en vue de réaliser les programmes, notamment la planification pour des services intégrés et décentralisés, a entravé la mise en place et la réalisation de programmes de santé reproductive. De plus, des contraintes institutionnelles et des problèmes de coordination entre les organisations ont freiné les progrès du point de réalisation des activités de santé reproductive. Les désaccords concernant les responsabilités et champs d'action entre les niveaux central et local ou entre les différents ministères ou départements ministériels se sont également mis en travers du chemin dans un certain nombre de pays. Enfin, les pays bien conscients pourtant de l'appel du Caire en vue d'intégrer les services de santé reproductive n'ont pas toujours réalisé la complexité de ladite intégration qui exige une planification attentive en partant du Ministère national jusqu'au poste de santé le plus petit (voir Hardee et Yount, 1995).

A l'évidence, les décideurs et les planificateurs des programmes n'ont pas reconnu pleinement les différences entre l'intégration administrative et des services ou encore les conditions nécessaires pour une intégration réussie aux deux niveaux. Plusieurs pays se sont attaqués aux complexités de cette intégration qui n'est pas non plus une panacée, d'après l'OMS (OMS, 1996). En effet, intégrer des structures verticales qui sont déjà faibles n'améliore pas

forcément la qualité de ces services. De fait, il sera probablement plus facile de mettre en place des systèmes de référence et autres liens entre les éléments de la santé reproductive plutôt que d'intégrer pleinement les services.

Bien qu'elles ne couvrent pas des proportions importantes de femmes et d'hommes en âge de procréer, les ONG sont les plus souples et les novatrices parmi toutes les institutions au niveau des tentatives qu'elles font pour réorienter leurs programmes vers la santé reproductive. Les programmes du secteur public peuvent s'inspirer des expériences des ONG.

Bangladesh. Les répondants ont signalé de manière pratiquement unanime la bifurcation de deux divisions au sein du MSBEF. Le gouvernement est au courant du problème. La séparation artificielle des divisions de la santé et de la planification familiale va contre l'intégration mais il n'existe pas la volonté politique nécessaire pour les fusionner. Un comité de haut niveau comprenant des représentants du gouvernement, des ONG et du secteur privé a été mis en place à la demande de la Banque mondiale pour étudier la question. Un bailleur de fonds signale à ce propos : « Une restructuration doit se faire au sein du MSBEF et si les deux divisions ne sont pas réunies, il n'est pas possible de dispenser l'ensemble des services essentiels. »

D'autres contraintes institutionnelles entravent également la mise en œuvre des politiques et des programmes de santé reproductive. Les groupes qui interviennent au sein du secteur de la santé tendent à protéger leurs propres intérêts. Les prestataires sont organisés en syndicats et par conséquent, ils jouissent de la sécurité de l'emploi quelle que soit leur performance professionnelle. Les réglementations qui limitent les types de services pouvant être assumées par des para-professionnels protègent les intérêts des médecins. Les luttes internes caractérisent souvent les relations entre le personnel médical et le personnel non médical. Enfin, la structure des programmes du MSBEF est conçue pour les zones rurales alors que le taux annuel de croissance de la population dans les zones rurales est de 2% comparé à 6% dans les zones urbaines et à 13% dans les taudis suite aux flux migratoires. Il n'existe pas de structure de soins préventifs du secteur public dans les zones urbaines et la stratégie du gouvernement est de dépendre des ONG et du secteur privé pour la prestation de services urbains (MSBEF, 1997). Certains bailleurs de fonds travaillent avec des ONG pour renforcer les services dans les zones urbaines.

Inde. Les amendements portés en 1993 à la Constitution de l'Inde confient le contrôle du programme de santé et bien-être familial aux collectivités locales : *panchayats* en zone rurale et *nagarपालikas* en zone urbaine. Mais le gouvernement central continue pourtant à diriger le programme. La décentralisation n'a pas encore donné aux divers états les compétences et les pouvoirs nécessaires pour diriger et gérer le programme. Un représentant d'un bailleur de fonds indique qu'« il existe un véritable manque de communication entre le centre et les états. Les politiques sont surtout formulées au centre ». L'inadéquation de la planification et de l'application de l'approche sans cible a entraîné des diminutions dans l'utilisation de la planification familiale dans de nombreux états. Un représentant d'un bailleur de fonds indique que « nous avons besoin d'un ensemble plus étroitement défini d'interventions prioritaires. L'impact démographique a été relégué au second plan. Si les services de santé reproductive sont fournis de manière intégrée, nous arriverons probablement à la stabilisation de la population.

Mais dans la négative, cela crée un grave problème. La planification familiale est l'intervention la plus importante pour espacer les naissances ».

Divers obstacles institutionnels entravent la mise en œuvre de l'approche de la santé reproductive. Le manque de continuité d'un gouvernement à un autre, une rotation fréquente des bureaucrates occupant des postes de responsabilité au sein du programme de santé et de bien-être familial et le manque de volonté politique dans certains états sont autant de facteurs qui freinent la réalisation des activités. Depuis la CIPD, le MSBEF a eu quatre ministres différents. Un milieu médical conservateur et certaines ONG féminines s'opposent à la délégation des tâches à d'autres niveaux de prestataires et à l'introduction de méthodes qui élargiraient le choix des méthodes d'espacement. Autre problème : le manque de volonté politique pour intervenir au niveau du SIDA. Plusieurs répondants ont cité des problèmes pour coordonner les activités entre NACO et la Division du bien-être familial. Un grand nombre des ONG fournissent depuis quelque temps des services intégrés de santé reproductive mais leur couverture est très limitée. Un plan de développement infantile intégré avec un agent *anganwadi* en charge des interventions de nutrition et de suivi de la croissance fonctionne également au niveau local. Il existe un *anganwadi* pour 1.000 villageois mais seule une aide-infirmière pour 5.000 personnes. Un pédiatre indien fait savoir que « si les *anganwadi* pouvaient travailler de pair avec les aides infirmières, on pourrait changer de fond en comble la prestation de services en Inde. Mais il existe une hésitation à le faire dans les deux ministères ». L'expérience précédente du MSBEF et du Ministère de l'information et de la radiotélédiffusion qui ont réussi à intégrer davantage leurs activités est un modèle à suivre dans le cas de l'approche à la santé reproductive. Auparavant, le Ministère de l'Information contactait le MSBEF lors de la mise en place de campagnes spéciales, par exemple les vaccinations, l'accès inégal à la nourriture et la contraception mais maintenant, les deux ministères ne communiquent plus entre eux.

Bien des répondants ont invoqué le manque de connaissance et d'expérience en ce qui concerne les nouvelles interventions comme étant des obstacles à la mise en œuvre. « Nous n'avons aucune expérience concernant l'intégration de la planification familiale et des MST. Pourquoi intervenir à grande échelle alors que nous savons peu de choses à ce propos ? Le gouvernement aborde les questions de santé reproductive de manière très simpliste et essaye de faire les choses trop vite. Les ITG ne sont pas un domaine d'intervention simple. Il n'existe pas de protocole uniforme pour les médicaments. L'approche syndromique n'a pas été transférée au niveau communautaire » indique un représentant d'une ONG. Un autre répondant indique qu'il faudra augmenter l'approvisionnement en équipement et fournitures si l'on veut dispenser de nouveaux services. La difficulté du dépistage des ITG est particulièrement préoccupante. « Est-ce que nous avons les réactifs nécessaires pour faire les tests ? Tant que des tests simples et rapides ne seront pas disponibles, les interventions seront très difficiles à réaliser car de nombreuses ITG sont asymptomatiques » fait savoir un représentant d'un bailleur de fonds.

Népal. La définition de la santé reproductive adoptée par le Népal regroupe un ensemble intégré d'interventions recommandées par la CIPD. Le MSP débordé par l'envergure des interventions veut trouver un ensemble de priorités réalistes qui reflètent la situation des ressources humaines au Népal, l'infrastructure sanitaire existante et les contraintes du point de vue ressources. La division responsable des services de santé reproductive – la Division de la santé familiale – a le même statut que d'autres divisions, d'où un manque d'autorité pour guider

les actions des autres divisions, telles que la Division de la santé infantile et le Comité national de lutte contre le SIDA et les MST. De plus, *le Second Plan de santé à long terme, 1997-2017*, mis au point par une division différente du MSP, ne reflète pas l'approche de santé reproductive. Un représentant officiel du MSP indique que « le concept de la santé reproductive est intégré mais il ne l'est du point de vue structurel et fonctionnel. Lors de la formulation du plan de santé à long terme, personne n'a demandé à la Division de la santé familiale de participer ». Un répondant d'une organisation américaine d'assistance technique tient les propos suivants : « Les bailleurs de fonds n'ont pas bien pensé à l'intégration. Intégrer à la base et compartimenter au sommet, ce n'est pas possible. Il faut intégrer dans les sphères élevées sinon cela ne fonctionnera pas. » Un autre répondant travaillant pour une ONG indique que le manque d'intégration ne se situe pas seulement au niveau du MSP mais également dans la communauté des ONG : « Un grand nombre d'ONG continuent à garder leurs orientations. »

Le Népal préconise la décentralisation des services de santé depuis presque trente ans mais les efforts faits au niveau de l'application effective et de la participation communautaire n'ont pas été très fructueux (MSP, 1997). Récemment, avec le soutien du FNUAP, le MSP a identifié certains districts pilotes pour la « planification à partir de la base ».

Jordanie. Les répondants ont fait l'éloge des accomplissements du NPC, surtout au vu de son personnel et fonds limités, mais certains ont noté que le NPC ne se rencontre pas assez souvent et que la coordination entre le NPC et d'autres organisations se confine généralement au membre en question qui a pris l'initiative. Certains répondants ont indiqué que le NPC devait améliorer ses efforts de coordination pour mettre en œuvre la *Stratégie nationale de la population*. Sa collaboration avec le MSSS représente un des grands défis que rencontre le NPC. D'après certains répondants du MSSS, le ministère devrait assumer le contrôle de la formulation de politiques en matière de population et sur les crédits des bailleurs de fonds pour les activités de projet. Le représentant d'une ONG pense que le NPC pourrait réunir les bailleurs de fonds et les ONG locales pour discuter de leurs projets et coordonner leurs efforts.

Si la Jordanie veut répondre à la demande de services de santé reproductive et octroyer de manière efficace les ressources, elle devra classer par ordre prioritaire ses problèmes de santé reproductive et mettre au point des plans bien formulés pour la mise en œuvre de ces interventions en se donnant également des mécanismes de suivi et d'évaluation. Jusqu'à présent, les décideurs et les responsables de programme ne se sont pas mis d'accord sur une définition des services intégrés. Une ONG, le Groupe de santé familiale, est en train de réaliser une évaluation d'une zone d'Amman à faibles revenus. Le but est de mettre au point un modèle pour les interventions de santé reproductive. Selon un représentant d'une ONG, « les gens ne savent pas comment intégrer. Ils demandent un modèle. Ce n'est pas simplement l'intégration physique mais aussi l'intégration du système ».

Ghana. Un certain nombre de répondants ont noté l'inadéquation de l'infrastructure de base du Ghana pour la prestation de services de santé reproductive. Le manque d'accès aux services dans les zones rurales est un problème notable. Un représentant du gouvernement fait le commentaire suivant : « Le programme doit arriver dans les zones rurales du Ghana. Si nous n'arrivons pas à avoir un impact à ce niveau, je crains fort que nous n'en ayons pas du tout. » Les répondants ont également indiqué que la supervision et le suivi étaient faibles. Un représentant

du MSP a fait savoir que le personnel central n'avait assez de temps pour se rendre sur le terrain et superviser les agents.

Vu que la santé reproductive ne peut pas être confinée au champ d'action d'une seule division du MSP, une répondante d'une organisation américaine d'assistance technique a remis en question la définition de l'intégration. Elle a demandé si l'intégration des services de santé reproductive demandait une nouvelle structure de services, indiquant que tous les services sont fournis par le MSP, par le biais des orientations, même si le terme utilisé n'est pas « santé reproductive ». Tel qu'elle l'indique : « Le MSP avait déjà des services intégrés avant la CIPD. Mais on ne les appelait pas ainsi. C'est un hôpital qui dispense tous les soins de santé. Si quelqu'un a le cancer et ne peut pas être traité sur place, il existe un système d'orientation. Alors que veut dire l'intégration ? Cela signifie-t-il qu'une seule personne doit fournir tous les services ? » Un répondant d'une université fait les commentaires suivants : « Que faut-il intégrer et à quel niveau ? La politique de santé reproductive fournit un certain cadre à ce propos mais il faut d'abord voir ce qui existe du point de vue personnel, compétences, fournitures et équipement et les gens du ministère n'ont pas encore fait cet inventaire. » De plus, les prestataires doivent être informés de la signification de l'intégration de la santé reproductive et de ce que l'on attend d'eux en la matière. Un autre professeur d'université explique que « la compréhension de l'intégration pose un problème car chacun a ses propres idées à ce propos ». Les répondants ont indiqué que l'intégration ne signifiait pas simplement l'adjonction d'un plus grand nombre de responsabilités pour les agents de santé. Tel que le note un représentant d'une ONG, « par exemple, les infirmiers sont débordés de travail. Ils n'ont pas le temps de s'asseoir. Le counseling face à face est un problème pour eux. Pour les femmes qui ont des problèmes conjugaux ou qui traversent la ménopause, il faut avoir le temps de leur parler ou de leur rendre visite à domicile ».

Sénégal. Depuis la CIPD, le Sénégal a fait de nombreux efforts pour sensibiliser à la question et mettre au point des programmes mais ces derniers commencent à peine à être mis en œuvre. Jusqu'à présent, seuls quelques projets pilotes sont en train d'être réalisés dans le domaine de la santé reproductive. Tel que le fait savoir un répondant, « nous avons un bon plan, le défi maintenant c'est de le traduire en actions ». Les plans qui traitent de la santé reproductive présentent un certain nombre de mécanismes mais le manque de performance d'un grand nombre de ces organes de coordination soulève des questions quant à l'efficacité des mécanismes.

« Nous avons un bon plan, le défi maintenant, c'est de le traduire en actions. »

Répondant sénégalais

Un grand nombre des répondants ont souligné le rôle positif des ONG qui sont des pionniers dans bien des domaines, n'étant pas aussi bureaucratiques que le gouvernement, plus souples et plus proches des gens. Mais certains répondants ont également parlé du problème de coordination entre ONG. Un médecin chef au niveau régional fait le commentaire suivant : « Il faut coordonner entre intervenants mais le MSPAS n'a de pouvoir sur eux. »

En 1996, le gouvernement a voté une loi sur la décentralisation de neuf secteurs y compris la santé. Contrairement à d'autres secteurs, le secteur de la santé était déjà décentralisé

puisque les agents du MSPAS aux niveaux régional et local avaient mis au point des plans et budgets répondant à des besoins locaux particuliers. Mais les responsables de la santé ne rendent pas compte de leur travail directement à la population et, par conséquent, le transfert du pouvoir aux conseils locaux est une étape très importante pour donner aux communautés un contrôle direct sur leurs propres services de santé.

La décentralisation est source de possibilités et de défis pour la mise en œuvre de programmes de santé reproductive. Les communautés seront en mesure de mettre au point des plans qui répondent davantage à leurs besoins. De plus, un grand nombre de personnes et de groupes auront l'occasion de participer au développement des programmes. Un responsable technique dans une région insiste sur les impacts positifs de la décentralisation : « Depuis la décentralisation, tous les intervenants ont été mobilisés. » En revanche, des problèmes se présentent car un grand nombre des représentants élus localement manque de compétences du point de vue planification et de connaissances techniques qui leur permettraient de mieux comprendre l'importance de la santé préventive en général et de la santé reproductive en particulier. Les autorités sanitaires qui continuent à déterminer les buts sanitaires locaux craignent que les représentants locaux ne choisissent d'octroyer les ressources à des activités très visibles mais avec peu d'impact ou alors qu'ils prennent des fonds des programmes de santé pour les utiliser dans d'autres secteurs. Tel que le signale un répondant du gouvernement, « les politiciens agissent à court terme. Ils ne pensent pas à long terme ou à moyen terme ».

Quels que soient les problèmes et les possibilités de la décentralisation, ses effets sont parfois réduits car les représentants officiels élus localement ne disposent pas encore du contrôle nécessaire sur une grande partie des fonds. Les bailleurs de fonds contribuent des sommes importantes directement aux régions sanitaires, d'où les propos de ce responsable sanitaire régional : « La décentralisation n'est pas encore une réalité sur le terrain. »

Jamaïque. Il est probable que les services de planification familiale, de SMI et de MST seront intégrés dans un avenir proche en Jamaïque, du moins dans une certaine mesure. En se donnant des priorités claires et en planifiant les services qui seront disponibles aux différents niveaux de prestation sous la direction de divers départements du MSP devant eux aussi être spécifiés, on renforce les chances d'une application efficace de l'approche de santé reproductive. Selon un représentant du gouvernement, « nous devons être systématiques dans la manière dont nous envisageons l'intégration. Par exemple, du point de vue politiques, comment pouvons-nous préconiser l'utilisation de méthodes doubles ? Pour les services, est-ce que nous devons organiser des séances privées de counseling ? Nous devons renforcer la prise en charge des MST pour établir le bon diagnostic et donner le traitement qu'il faut. Nous devons promouvoir la réduction de risques par le biais du bon comportement. Pour la formation, il faut savoir si les prestataires ont reçu la bonne formation en matière de counseling ? Sur le plan du suivi et de l'évaluation, est-ce que tous les formulaires et listes de vérification sont disponibles afin de garantir que toutes les étapes sont suivies ? Pour l'IEC, ces activités sont-elles bien conçues de sorte à favoriser les aspects intégrés de la santé reproductive ? Avons-nous éduqué le public pour lui montrer les services qu'il est en droit d'attendre de nous ? Est-ce que les services d'orientation ont été renforcés ? Devrions-nous avoir des spécialistes dans les centres de soins primaires une fois par mois pour qu'ils puissent s'occuper des orientations nécessaires ? » Un autre représentant se montre d'accord : « Je ne suis pas certain que le formulaire clinique

mensuel précise les personnes qui viennent pour des MST ou encore celles qui sont orientées vers d'autres services non disponibles ici, par exemple la ligature des trompes. » Il existe d'autres défis liés à l'intégration de la santé reproductive, notamment vérifier un approvisionnement suffisant en produits et distribuer du matériel sur la santé reproductive à tous les niveaux de prestataires et de clients.

Plusieurs répondants ont noté que l'amélioration de la coordination est un défi pour la mise en œuvre des programmes de santé reproductive aux niveaux des politiques et des programmes. Les problèmes institutionnels affectent parfois les relations entre le NFPB et le MSP. Par exemple, un représentant du gouvernement note que le MSP n'acceptera probablement pas une politique ou un programme de santé reproductive qui a été mis au point par le NFPB. Il convient également d'améliorer la coordination entre le niveau central du MSP et les paroisses. Reprenons à ce propos les commentaires de ce représentant du MSP : « Si une directive est mise au point par le MSP et diffusée aux paroisses, alors tout le monde aura la même idée et l'appliquera. » Des représentantes de l'Association des Organisations féminines en Jamaïque notent que l'association pourrait être mieux reliée au NFPB en aidant à défendre la santé reproductive en général ou en utilisant ses canaux pour essayer d'obtenir le recrutement d'autres membres du personnel ou l'ouverture d'autres centres.

Pérou. Un grand nombre des répondants n'ont pas su distinguer entre les rôles du PROMUDEH et d'autres ministères car ce n'est que dernièrement que PROMUDEH a repris certaines responsabilités d'autres ministères. Dans certains domaines, PROMUDEH recoupe le champ d'action du Ministère de la Santé (MINSA) et du Ministère de l'Education. Dans d'autres domaines, aucun ministère n'a de mandat bien clair. La plupart des répondants sont d'accord pour dire que la coordination intersectorielle est limitée. Par exemple, un représentant du MINSA indique que le Ministère de l'Education a mis au point ses programmes d'éducation sexuelle de manière indépendante sans consulter le MINSA. Un autre répondant soutient ce point de vue, indiquant que PROCETTS n'a pas concouru à la formulation des parties MST/SIDA du guide d'éducation sexuelle mis au point par le Ministère de l'Education. Les répondants qui avaient collaboré avec l'ex-CONAPO trouvaient que son absence était une entrave importante à la coordination entre les ministères car aucun autre organisme n'avait réussi à reprendre cette fonction. La coordination multisectorielle sur les questions de population continue à se faire pourtant au niveau régional. Six régions ont créé des conseils régionaux de population (COREPO) qui sont toujours opérationnels. Un membre d'un COREPO indique que « nous continuons à fonctionner bien que CONAPO n'existe plus car les membres de COREPO trouvent qu'il est utile de continuer le travail ».

Au moment des interviews faites pour la présente étude, « une table ronde tripartite » avait été organisée avec des représentants des ONG, des bailleurs de fonds et des institutions publiques. L'objectif de la table tripartite financée par le FNUAP est de suivre l'état d'avancement des engagements pris au Caire. Une organisation féminine a pris l'initiative de créer le groupe. La direction de ce groupe sera confiée à tour de rôle aux ONG, universités, gouvernements et aux organisations internationales.

Renforcer les ressources humaines

Dans la plupart des pays, les répondants ont mentionné plusieurs problèmes au niveau des ressources humaines, notamment les pénuries de personnel, le manque de prestataires formés (surtout les agents féminins) et le fait que le personnel est surchargé de travail. De plus, la mise à jour des programmes de formation et des directives de services en vue d'intégrer l'approche de santé reproductive et les services élargis demandera temps et ressources.

Bangladesh. Un répondant au Bangladesh a dit que « le Caire suppose qu'il existe déjà un solide système de prestations mais le système au Bangladesh compte de nombreux problèmes. Sans personnel sanitaire formé, nous ne pouvons pas fournir de manière efficace des services de santé reproductive aux gens qui en ont besoin ». Le pays a commencé à éduquer et à former des agents de santé en matière de santé reproductive. Les institutions qui forment les agents devront modifier leur programme afin de tenir compte de cette importance donnée à la santé reproductive et aux services essentiels. Quand les directions de la santé et de la planification familiale seront intégrées, leurs systèmes de formation jusqu'alors séparés devront également être intégrés. Outre la formation, les agents de santé auront besoin de soutien par le biais de la logistique et des fournitures, de la supervision, du suivi et de l'évaluation. Un chercheur a indiqué que « nous avons une bonne infrastructure au sein du système public mais la partie la plus faible concerne les questions de gestion notamment la supervision et le suivi ».

Une autre contrainte se situe au niveau de la qualité insuffisante de l'éducation donnée aux agents du secteur de la santé. Un chercheur note que « le Caire suppose que tous les pays ont une solide base clinique mais le Bangladesh en est aux premières étapes de toutes ces interventions. Les agents ne savent pas comment prendre en charge les ITG. L'éducation médicale s'est détériorée ces dernières années. Il y a 20 ans de cela, ils ont élargi tout le système et ont mis en place des collèges médicaux dans chaque région. Les médecins et infirmiers sortaient de ces établissements diplômés mais sans véritable formation clinique. Il n'existe pas les ressources humaines qui savent prendre en charge la santé reproductive. Les visiteurs de la planification familiale ont des compétences cliniques limitées et leur formation est terrible. Mais malgré cela, certains font du très bon travail probablement parce que quelqu'un a su bien les encadrer quand ils ont commencé à fournir des services. Le personnel médical des services maternels et infantiles ne sait pas exécuter les tâches cliniques. Le médecin chef du district est supposé superviser mais il n'est pas compétent techniquement pour le faire. Les femmes de ce pays sont très prudes et veulent uniquement être soignées par d'autres femmes mais les femmes ne sont pas formées pour fournir les services. En bref, la qualité de la formation et le manque d'expérience pratique constituent un problème ».

« Le Caire suppose que tous les pays ont une solide base clinique mais le Bangladesh en est aux premières étapes de ces interventions...En bref, la qualité de la formation et le manque d'expérience pratique constituent un problème. »

Chercheur, Bangladesh

Inde. En Inde, on assiste à une rotation importante du personnel et bien des positions sont vacantes pendant de longues périodes. « Une des grandes contraintes est liée à la main-d'œuvre

et au manque de disponibilité de personnes qualifiées désirant travailler en dessous du niveau district. L'Inde compte très peu d'infirmiers. Le ratio infirmier/médecin est très faible. Nous devons augmenter le nombre d'infirmiers » explique un représentant officiel du MSBEF. Par contre, pour d'autres répondants, le problème ne se situe pas tant au niveau du personnel : « Le personnel est disponible. Il est difficile de pourvoir à certains postes dans des régions données mais cela relève davantage de la gestion et de l'organisation du temps. »

Plusieurs répondants craignaient que les aides infirmières n'aient déjà un trop grand nombre de responsabilités et que l'adjonction de la santé reproductive ne représente un surcroît de travail trop lourd à assumer. « L'approche de santé reproductive et infantile représente un surcroît de travail pour les agents de santé » explique un représentant d'une organisation spécialisée dans les questions de population. « Une aide infirmière doit déjà faire un nombre incroyable de tâches, souvent plus de 40 [...] elle s'occupe du travail communautaire et à présent, il faudrait aussi qu'elle prenne en charge les activités liées à la santé reproductive. Mais comment cela est-il faisable ? »

« Une aide infirmière doit déjà faire un nombre incroyable de tâches, souvent plus de 40 [...] elle s'occupe du travail communautaire et, à présent, il faudrait aussi qu'elle prenne en charge les activités liées à la santé reproductive. Mais comment cela est-il faisable ? »

Répondant d'une organisation de population, Inde

Népal. Au Népal, la topographie explique partiellement pourquoi l'accès aux services de santé reste un des grands obstacles. La Politique nationale de la santé de 1991 présente un plan ambitieux en vue de créer un dispensaire au niveau de chaque comité villageois de développement (pour 4.000 habitants environ), un poste de santé pour cinq comités villageois de développement et un centre de soins de santé primaires pour chaque juridiction électoral (MSP, 1991). Selon le Département des services de santé du MSP (1997), plus de 80% de l'objectif a été atteint mais les structures sanitaires existantes manquent de services essentiels, par exemple, l'eau et les latrines. De plus, une pénurie du personnel constitue une des grandes barrières à l'utilisation. Un représentant officiel fait le commentaire suivant à ce propos : « La situation du point de vue personnel est très mauvaise au Népal. A présent, nous avons un bon système d'infrastructure sanitaire mais les établissements connaissent une pénurie de personnel. » Un autre répondant s'exprime ainsi : « Nous avons besoin de mécanismes communautaires pour gérer les postes de santé locaux et le personnel. Le personnel devrait être recruté dans la même région. » Un représentant d'une ONG signale que « nous devons fournir une meilleure structure d'incitations au personnel pour qu'il reste. Dans certaines régions, les agents féminins connaissent des problèmes de sécurité ».

Un représentant officiel du MSP indique que la nouvelle dimension de la santé reproductive a créé le besoin de donner un recyclage. Il fait le commentaire suivant à ce propos : « Les agents qui ont été formés cinq ans de cela doivent recevoir une formation de mise à jour. Nous devons changer la manière dont ils pensent car bien des choses se sont passées depuis. » L'agent de santé surchargé de travail est un autre problème d'importance critique qui avait été avancé par un grand nombre de répondants. Les répondants trouvent que l'adjonction de

nouvelles responsabilités aux activités que doit déjà exécuter un agent de santé risque de diminuer le nombre de contacts qu'il est en mesure de prendre.

Jordanie. Certains répondants ont indiqué que la Jordanie devait travailler avec ses prestataires de services. Il faut leur fournir une éducation continue en matière de santé reproductive et de planification familiale ou les convaincre des avantages de la planification familiale et de la santé reproductive. Quelques répondants ont souligné le problème du manque de médecins femmes surtout dans les zones rurales.

Ghana. Le personnel sanitaire dans les secteurs public, privé et des ONG n'est pas formé pour pouvoir identifier et dispenser les services de santé reproductive et, dans l'ensemble, la qualité des soins n'est pas très bonne. La Politique et les Normes des services de santé reproductive précisent les standards minimums et la formation dont a besoin chaque type de prestataire de services mais le Ghana n'a pas encore mis en place de stratégie générale pour la formation polyvalente de tous les agents. Tel que l'explique ce bailleur de fonds, « la santé reproductive, c'est quelque chose de complet. Personne ne peut dispenser tous ces services dans le monde en développement. Il faut le faire petit à petit. Il faut former lentement les agents de santé. Reste à savoir s'ils vont vraiment saisir ce dont il s'agit ». En ce qui concerne la qualité des soins, un représentant d'une ONG a fait savoir : « J'espère vraiment que pour nous, les ONG, la qualité compte beaucoup [...] il faut enseigner la qualité des soins à tous les prestataires. Cela manque presque partout. »

« La santé reproductive, c'est quelque chose de complet. Personne ne peut dispenser tous ces services dans le monde en développement. Il faut le faire petit à petit. Il faut former lentement les agents de santé. Reste à savoir s'ils vont vraiment saisir ce dont il s'agit. »
Bailleur de fonds, Ghana

Sénégal. Plusieurs répondants ont indiqué que souvent l'infrastructure du Sénégal n'était pas utilisée à cause du manque de personnel. La situation en ce qui concerne le personnel n'est pas bien gérée. Le MSPAS ne suit pas bien les départs, démissions, décès ou recrutements du personnel. En général, le nombre des membres du secteur public, surtout les infirmières et les sages-femmes, diminue chaque année. De plus, le personnel est mal distribué et concentré de manière disproportionnée à Dakar.

Un répondant d'un bailleur de fonds indique que le problème avec l'intégration, c'est que le personnel pense souvent que les services intégrés signifient plus de travail. Mais une sage-femme dont le centre a commencé à fournir des services intégrés a fait savoir que le travail n'avait pas augmenté pour autant. L'autre problème que mentionne le répondant, c'est que la formation du personnel signifie que ce dernier doit s'absenter des lieux du travail.

Jamaïque. Dans le secteur public, les pénuries et la rotation du personnel présentent des problèmes dans les centres de soins de santé primaires. De plus, les prestataires n'ont pas reçu de formation portant sur l'approche intégrée à la santé reproductive. Tous les répondants étaient d'accord avec les résultats de l'évaluation faite par un représentant du gouvernement indiquant : « Il faut une masse critique de prestataires formés pour apporter à la communauté la

santé reproductive. » Selon un représentant du gouvernement, « nous avons de dispenser une formation en matière de santé reproductive mais les bailleurs de fonds ne veulent pas nous donner des crédits pour la formation ».

Il semble que les changements au niveau de la formation ne sont pas systématiques mais qu'ils se font davantage par le biais de réunions et d'éducation continue. Tel que le note un représentant du gouvernement, « une formation en santé reproductive doit être organisée dans les quatre régions sanitaires. Le financement est un problème et par conséquent, cette formation a été dispensée uniquement dans la région du Sud-Est. Les sages-femmes et les infirmières suivent des recyclages fréquents portant entre autres sur la santé reproductive. Et on en parle également pendant les réunions du personnel ». D'après les estimations, 80% des infirmiers qui exercent leur profession ont reçu une formation portant sur l'approche syndromique pour le traitement des MST. Un représentant du gouvernement note : « Les agents de santé communautaires reçoivent également une formation correspondant à leurs responsabilités mais ils se plaignent d'avoir trop de travail. » La formation avant l'emploi n'a pas encore intégré l'approche santé reproductive. Un représentant d'une ONG indique que « l'Ecole d'infirmières est au courant du Caire mais pense déjà couvrir ces thèmes ». Un représentant du gouvernement parle de la difficulté à ajouter des thèmes à un plan de formation : « Le MSP demande qu'on révisé le programme de formation à l'école de sages-femmes pour inclure la santé reproductive [...]. Mais si on ajoute la santé reproductive, il faudra enlever quelque chose. Le conseil des soins infirmiers devra décider. »

Pérou. Une pénurie de personnel sanitaire formé au Pérou limite l'accès aux services de santé reproductive dans bien des endroits reculés. Le fait qu'un grand nombre de postes de santé dans les années 80 et au début des années 90 ont été abandonnées à cause de la violence qui sévissait sur la majeure partie du pays n'a fait qu'empirer le problème. Le MINSA cherche à corriger cette situation par le biais de son programme de Santé de Base pour Tous qui paye au personnel un supplément s'il veut bien travailler dans les régions peu desservies. Un programme appelé CLAS par le biais duquel les communautés recrutent directement leur personnel de santé est une autre approche pour combler les lacunes du point de vue personnel sanitaire formé.

« L'infirmière doit faire fonction de juriste, de psychologue et d'assistante sociale tout à la fois mais elle ne reçoit aucune formation pour assumer tous ces rôles. »

Répondant d'une ONG au Pérou

Vu les limitations de temps et de compétences, le personnel sanitaire a souvent du mal à fournir des soins de santé intégrés de haute qualité car il doit s'occuper d'un grand nombre de patients en une journée et n'a pas le temps de discuter de tous les besoins d'un patient. « L'infirmière doit faire fonction de juriste, de psychologue et d'assistante sociale tout à la fois mais elle ne reçoit aucune formation pour assumer tous ces rôles » raconte un représentant d'une ONG. Autre contrainte : le personnel de santé ne possède pas toutes les compétences et techniques nécessaires pour traiter les divers besoins des femmes sur le plan de la santé reproductive prise dans son sens général, surtout les questions se rapportant à la violence conjugale et aux services pour jeunes. Par exemple, un répondant d'une ONG indique que le programme de scolarité et de santé des adolescents du MINSA est impressionnant sur papier mais qu'il n'est pas réalisé dans la pratique car « le personnel ne sait pas comment s'y prendre.

Ce n'est pas l'enthousiasme ni l'intérêt qui leur manque mais plutôt les compétences nécessaires pour travailler avec les jeunes ».

Améliorer la qualité des soins

Le maintien et dans la plupart des cas l'amélioration de la qualité des soins que reçoivent les clients est un autre défi rencontré au niveau de la réalisation des programmes de santé. Dans la plupart des pays, la qualité est faible dans les services de planification familiale et autres composantes individuelles de la santé reproductive et, par conséquent, l'intégration et l'élargissement des services ne fait qu'ajouter au problème consistant à maintenir un niveau souhaité de qualité des soins.

Bangladesh. Un grand nombre de clients au Bangladesh trouvent que le programme actuel de planification familiale ne répond pas suffisamment à leurs besoins. Selon une étude financée par l'USAID en 1995, « une majorité de femmes protestaient des insuffisances suivantes : visites irrégulières de la part des agents de terrain et du personnel paramédical ou alors ce personnel n'a pas rendu visite du tout à certains éventuels clients, par exemple les nouveaux mariés, des établissements fermés, des médecins qui ne sont pas disponibles et des ruptures de stocks de contraceptifs, demande d'acheter des contraceptifs, médicaments et vaccins alors qu'ils sont à l'évidence gratuits, un personnel qui traite les clients de manière impolie sans beaucoup de considération et le fait que le personnel n'arrive pas à répondre aux questions ou à donner les conseils nécessaires et les services de suivi aux clients » (USAID, 1995). Un répondant note que les prestataires de services ne sont axés sur les besoins des clients dans leur travail et fournissent les services que le prestataire juge nécessaires en ne prêtant guère attention aux préférences des clients. Par conséquent, un grand nombre de femmes signalent des problèmes et mécontentements en ce qui concerne la méthode contraceptive choisie menant à un niveau élevé d'arrêt d'utilisation de la méthode.

Un grand nombre de répondants ont fait savoir qu'ils recevaient des soins de meilleure qualité dans les centres des ONG que dans ceux du gouvernement et certains ont dit qu'ils préféreraient se rendre chez des praticiens privés. Mais le secteur public continue à être le plus important dispensateur de services de planification familiale et de services de SMI au Bangladesh. Les améliorations de la qualité des services du secteur public auront le plus d'impact. Ce sont ces activités qui permettront le plus d'améliorer la santé reproductive de la population. De petits programmes pilotes ont montré qu'une qualité meilleure dans les services permettait d'accroître les niveaux d'utilisation des contraceptifs (POPTECH, 1995). Il existe d'autres stratégies envisagées pour améliorer la qualité des soins : renforcer le suivi et la supervision, utilisation de projets pilotes pour montrer que les améliorations de qualité augmentent la satisfaction des clients, renforcent la disponibilité et élargissent la gamme de méthodes contraceptives disponibles et encouragent le personnel médical et non médical à participer à la prise de décisions, à la gestion et à l'amélioration de leur centre et des services qu'ils fournissent.

Inde. La qualité des soins laisse à désirer dans les services de planification familiale en Inde. De nombreuses études ont identifié le problème par rapport à la prévention des infections, au counseling et aux soins de suivi. Un représentant officiel indique que « de petites choses

peuvent faire la différence, par exemple, nettoyer le plateau des instruments, veiller à ce que le nouveau-né soit bien au chaud et prendre des mesures d'hygiène de base ». Le programme de l'Inde qui dépend pratiquement d'une seule méthode accordait la première place à la stérilisation de la femme en fournissant des incitations pour que les prestataires réalisent tel ou tel quota et par conséquent, les femmes n'avaient pas vraiment le choix. Les opérations de stérilisation étaient souvent réalisées dans des camps où le personnel n'avait ni le temps ni l'équipement nécessaires pour assurer de bonnes mesures d'hygiène et de prévention des infections. Aucun suivi n'était assuré en cas de complications. Les méthodes masculines ne sont pas très disponibles et peu connues. L'infrastructure des formations sanitaires a besoin d'être remise en état. Les établissements ne permettent guère de respecter le caractère privé des consultations et des entretiens. Malgré l'introduction de la nouvelle approche sans cible ou sans quotas, les conditions n'ont pas encore vraiment changé en Inde.

Ghana. Plusieurs répondants ont fait remarquer les difficultés du counseling, lieux pour des conservations privées, temps pour les agents de santé de s'entretenir avec les clients ou encore présence d'agents formés. Un représentant d'une organisation d'assistance technique aux Etats-Unis indique que « ce qu'il faut, ce sont des compétences en counseling. Le vrai counseling, c'est plus que des conseils ». Un certain nombre de répondants ont noté que les systèmes d'orientation étaient en place au sein du MSP et entre les ONG et le MSP.

Sénégal. L'accès aux services de santé au Sénégal représente une contrainte. Avec 52 centres de santé, soit un pour 150.000 habitants, le Sénégal est loin de la norme de l'OMS d'un centre pour 50.000 habitants. Le nombre des postes de santé augmente régulièrement depuis l'adoption des soins de santé primaires. En 1994, il existait 733 postes de santé, soit un poste pour 11.000 habitants, proportion plus voisine de la norme de l'OMS qui est d'un centre pour 10.000. L'analyse de la situation faite en 1995 par le Population Council et le MSPAS (1995) constate que 79% des points de prestation ont l'eau, l'électricité, une salle d'attente et des salles de bain. Néanmoins l'équipement de base manque dans un nombre important des points de services, notamment les spéculums, les gants, le matériel pour mesurer la tension et les stéthoscopes.

Pérou. Le plus grand défi que rencontre le Pérou consiste à fournir aux clients le choix en matière de contraceptifs et de se concentrer sur des aspects de la santé reproductive autres que la planification familiale. Le Pérou a fait des progrès notables pour élargir l'accès aux services et améliorer la qualité des soins mais un grand nombre de répondants pensent que le MINSA n'est pas assez orienté sur les besoins des clients. Par exemple, le MINSA ne tient pas vraiment compte des écarts entre sexes et des diversités culturelles dans ses programmes et il ne respecte pas toujours les droits de ses clients en matière de reproduction et de sexualité. Toutefois les réformes récentes du programme de stérilisation vont dans la bonne direction.

L'attitude du personnel représente un autre problème se rapportant à la qualité des soins que de nombreux répondants ont mentionné. Les mêmes mots revenaient souvent : « Calidad et calidez » ou « qualité et chaleur », surtout chaleur. Des représentants des ONG qui travaillent avec des femmes au niveau communautaire signalent que le personnel a suivi une formation importante pour le sensibiliser à cet aspect des choses mais il n'applique pas dans la pratique ce qu'il a appris. « Les femmes continuent de se plaindre de la manière dont elles sont traitées. » Un

représentant d'un bailleur de fonds indique que les ONG féminines avaient fait du très bon travail en suivant la qualité des soins mais une représentante d'une ONG féminine fait savoir que le MINSA n'est pas très ouvert aux suggestions des ONG : « Ils demandent des preuves, des détails avant d'agir et les ONG n'ont pas la capacité nécessaire de fournir ce type d'informations. Le MINSA devrait faire lui-même ce suivi. »

Vu que la plupart des prestataires de soins de santé sont des mestizo, l'écart culturel qui les sépare des populations auxquelles ils fournissent des services entrave nettement la qualité des soins prodigués. Les barrières linguistiques et l'attitude de supériorité du personnel sanitaire empêchent de donner un counseling efficace et, par conséquent, les clients ne peuvent pas non plus faire un choix libre et informé de méthode contraceptive. Un grand nombre de répondants ont indiqué que le manque de connaissance de la culture en question représente un des grands obstacles à la réduction de la mortalité maternelle. Tel que le décrit un répondant d'une ONG, les femmes autochtones préfèrent accoucher à la maison car les postes de santé ne suivent pas les pratiques traditionnelles (donner aux mères de la soupe après l'accouchement, leur remettre le placenta pour qu'elles puissent l'enterrer dans les champs, etc.).

Certains répondants signalent des problèmes logistiques qui sont des obstacles à la réalisation de l'approche santé reproductive. Par exemple, les centres ont eu beaucoup de mal à obtenir les résultats des frottis vaginaux des laboratoires et à notifier les clients. La supervision relève d'un problème dans certains programmes. Par exemple, PROCETSS ne fournit aucune supervision dans les centres et par conséquent ne sait pas si le personnel utilise le diagnostic syndromique des MST à propos duquel il a reçu une formation.

Traiter les questions juridiques, réglementaires et sociales

Dans certains pays, les questions juridiques, réglementaires et sociales exercent une profonde influence sur les activités de santé reproductive. Les répondants ont fait ressortir certaines questions à cet égard.

Bangladesh. Le Bangladesh doit traiter plusieurs questions juridiques et réglementaires à cet égard avant de pouvoir mettre en œuvre pleinement l'approche santé reproductive. Certaines des questions se rapportent spécifiquement à la planification familiale. La contraception clinique est très réglementée en réponse aux efforts déployés par l'Association médicale du Bangladesh. La ligature des trompes n'est réalisée que dans des conditions très strictes. Par exemple, une femme doit obtenir le consentement de son époux et avoir deux enfants au minimum de plus d'un an. Le processus d'approbation de nouveaux contraceptifs est difficile avant que les produits ne puissent entrer au Bangladesh. De fait, des restrictions s'appliquent même aux méthodes qui ont fait l'objet de tests cliniques rigoureux à l'étranger et qui sont couramment utilisées dans d'autres pays.

Certaines personnes pensent qu'il n'est pas acceptable de fournir une contraception à certains groupes de femmes. Les documents du gouvernement discutent de la prestation de services contraceptifs aux adolescents mais la définition non écrite mais telle que comprise par tous concerne « les adolescents mariés ». De plus, certains sont d'avis qu'il n'est pas acceptable de fournir des moyens de contraception aux adolescents qu'ils soient mariés ou non alors que

l'âge moyen au mariage pour les femmes est de 18 ans et que des problèmes au niveau de la grossesse et de l'accouchement sont plus courants chez des femmes jeunes.

Inde. En Inde, le processus d'approbation de nouvelles méthodes de contraception telles que les implants et les injectables représente un des grands problèmes réglementaires qui entravent la qualité des soins et le choix possible. Le système indien veut que les nouveaux médicaments soient soumis à des essais cliniques et des tests en Inde avant d'être approuvés, pratique qui retarde l'introduction de nouvelles méthodes. Dans le cas des implants et des injectables, le conservatisme du monde médical et du gouvernement de pair avec l'opposition des ONG féminines ont effectivement bloqué l'introduction de ces méthodes. La manière dont les médicaments pour les MST sont dispensés est une autre barrière juridique possible pouvant freiner la mise en œuvre de l'approche santé reproductive. Si seuls les médecins ont le droit de traiter les clients avec des ITG ou des MST, les aides infirmières n'arriveront pas à étendre la couverture possible des services de ITG/MST.

Népal. Le Népal connaît des problèmes juridiques et réglementaires persistants. L'avortement est un crime quelles que soient les circonstances tant pour le prestataire que pour la femme qui reçoit les services bien qu'un projet de loi soit proposé permettant la pratique de l'avortement dans des conditions extrêmement strictes. De plus, le MSP est réticent en ce qui concerne les services aux adolescents non mariés car ces services sont jugés d'une nature délicate. Un représentant officiel du MSP s'exprime en ces termes : « Peut-être vaut-il mieux laisser les services de santé reproductive à la communauté des ONG. »

Jordanie. La Jordanie est une société conservatrice à prédominance islamique où les hommes prennent pratiquement toutes les décisions concernant les divers aspects de la vie familiale, y compris l'utilisation des services de planification familiale et de santé reproductive. Même si l'Islam n'interdit pas l'utilisation de la contraception, d'autres éléments de la santé reproductive sont des sujets délicats en Jordanie, notamment les soins post-avortement, les MST et la violence à l'égard des femmes. Un contexte socioculturel aussi complexe est une gageure pour la formulation de politiques et la prestation de services complets de santé reproductive. Par exemple, un répondant d'une ONG indique qu'« il faut même une politique pour les soins post-avortement. Ce n'est pas chose facile dans les pays musulmans ». Le NPC est en train de recruter des dirigeants religieux pour promouvoir la planification familiale et la santé reproductive et les ONG sont en train de démarrer des projets pilotes visant une plus grande participation des hommes.

Ghana. Les répondants au Ghana sont d'accord pour dire que le contexte socioculturel du pays contient des obstacles pour la réalisation des politiques et programmes de santé reproductive. Les répondants ont mentionné tout particulièrement le pronatalisme ainsi que les rôles des hommes et des femmes. Toutefois, plusieurs répondants pensaient que la situation était en train de changer et que les gens reconnaissent à présent les coûts d'une famille nombreuse. Un représentant d'une organisation d'assistance technique américaine indique que « la société accorde beaucoup de valeur aux enfants – pour montrer que vous êtes un homme. Ces choses sont en train de changer ». La plupart des répondants pensaient que la solution pour mettre fin à la domination des hommes et l'obstacle que cela peut représenter consiste à éduquer les hommes en matière de santé reproductive des femmes et des hommes et de promouvoir l'utilisation des

services surtout de la planification familiale. Un représentant du MSP s'exprime ainsi : « C'est surtout le facteur masculin dont il faut tenir compte. Il a été mis de côté dès le début. Prenez notre situation au Ghana, elle est tellement dominée par les hommes. Même si une femme pense qu'elle a besoin de la planification familiale, elle doit demander l'autorisation de son mari. Bien des femmes le font en cachette. Reste à savoir comment on peut changer les hommes pour qu'ils laissent les femmes décider. » Par conséquent, outre le fait de donner les moyens nécessaires aux femmes pour qu'elles prennent leurs propres décisions en matière de santé reproductive, il est important que les hommes comprennent les avantages de la planification familiale pour la santé reproductive. Un répondant du MSP a dit que « les hommes semblent comprendre et ils sont d'accord quand vous leur parlez mais quand ils rentrent chez eux, c'est une autre histoire ». Les attitudes des hommes sont importantes non seulement pour vérifier que les femmes reçoivent les services mais aussi parce que les hommes ont également des problèmes de santé reproductive tels que les problèmes d'impuissance, les MST/VIH ainsi que leurs propres besoins en matière de contraception.

Sénégal. Bien des barrières juridiques et réglementaires à la santé reproductive ont été supprimées ou diminuées ces dernières années mais les répondants ont mentionné que plusieurs cas persistent. L'avortement est illégal dans tous les cas bien qu'un répondant du gouvernement ait mentionné l'existence d'une proposition visant à rendre légal l'avortement en cas de viol ou d'inceste. Un répondant d'une organisation d'assistance technique américaine a noté que le tabou voulant qu'on ne parle pas de l'avortement entrave les efforts faits pour promouvoir les soins post-avortement. Certains répondants d'organisations d'assistance technique américaines ont indiqué que le vide juridique complet existant à propos du SIDA entrave les efforts faits en matière de prévention et de traitement du SIDA. Certaines lois ont un effet pronataliste sans que cela soit intentionnel, par exemple, les allocations familiales importantes versées aux couples qui ont un nombre important d'enfants. Sans loi qui autorise spécifiquement les prestataires des soins de santé à fournir des services de planification familiale aux adolescents, plusieurs répondants ont indiqué que les prestataires hésitaient à fournir des services aux adolescents.

Plusieurs répondants ont mentionné que les soins de santé étaient trop médicalisés. Certaines barrières ont été levées en ce domaine, par exemple la condition voulant que des tests de laboratoire soient faits avant de donner la pilule mais par contre d'autres subsistent. Par exemple, la disponibilité du DIU devient nettement moindre quand les infirmières ne sont pas certifiées pour pouvoir dispenser cette méthode. De même, les agents communautaires ne peuvent pas distribuer la pilule. Tel que l'indique un répondant du MSPAS, « les pharmacies ne sont pas la seule opposition. Il s'agit également de convaincre les politiciens et le personnel de santé qui ont tendance à penser que seul le personnel médical qualifié peut distribuer la pilule ». Ce même répondant indique que, au vu de la grande pénurie de personnel de la santé, il est particulièrement important de promouvoir la distribution communautaire malgré la résistance du monde médical.

Outre le conservatisme social général qui entrave la mise en œuvre du programme, il existe divers facteurs socioculturels qui freinent la demande des programmes de santé reproductive. Les femmes jouent un rôle subordonné dans la société et par conséquent elles sont plus susceptibles que les hommes de ne pas avoir l'éducation, les ressources et le pouvoir nécessaires pour prendre des décisions, autant de facteurs qui diminuent leur capacité à prendre

soin de leur santé reproductive. Un certain nombre de conceptions erronées ont également pour effet de diminuer la demande, par exemple la rumeur bien répandue selon laquelle l'islam interdit la contraception. Un répondant d'une organisation d'assistance technique américaine a indiqué que, dans le domaine du SIDA, un des grands obstacles, c'est que la maladie n'est pas visible au Sénégal – les victimes ne se montrent pas au grand public- et par conséquent, les gens commencent à se demander si le SIDA existe vraiment.

Vu qu'il n'existe pas de politique sur la contraception pour les jeunes et vu qu'ils craignent la désapprobation à cet égard de la communauté, un grand nombre de prestataires de soins de santé ne fournissent pas de services de planification familiale aux jeunes à cause de leurs propres attitudes. Une sage-femme a indiqué qu'elle avait changé d'attitude à cause d'une formation récente qu'elle a suivie. Auparavant, elle ne fournissait pas de services de planification familiale aux adolescents : « Je pensais que ce n'était pas bien de donner des condoms aux adolescents. A présent, je comprends. » Les prestataires imposent souvent des contraintes inutiles sur l'utilisation de la contraception. Tel que l'indique ce répondant d'une organisation technique américaine : « Qu'il existe ou non des lois sur le consentement de l'époux ou des parents {pour l'utilisation de la contraception}, les prestataires agissent comme si ces lois existaient effectivement. »

Jamaïque. L'âge du consentement pour les adolescents en Jamaïque est en principe de 16 ans et, par conséquent, il est techniquement illégal de distribuer des contraceptifs à des jeunes de moins de 16 ans. Le représentant d'une ONG a noté que « nous traitons depuis longtemps de la question de l'âge du consentement. A présent, en cas de rapports sexuels consensuels et si l'homme a moins de 23 ans, le juge peut décider de la sentence à sa discrétion. Auparavant, si la fille avait moins de 16 ans, il y avait une peine obligatoire de trois ans de prison pour le garçon ». Le Gouvernement cherche également à obtenir une dérogation spéciale permettant aux prestataires de fournir des méthodes contraceptives aux adolescents.

Afin d'élargir l'accès à la contraception, le gouvernement cherche à obtenir que la pilule soit distribuée sans ordonnance. L'effort a été approuvé et devait être publié par le gouvernement au début de 1998. De plus, le gouvernement cherche à étendre les contraceptifs à d'autres points de vente. Par exemple, quand Pearl était la marque du NFPB, dans le cadre du marketing social, elle avait bénéficié d'une dérogation spéciale pour pouvoir être vendue dans les épiceries et autres magasins. A présent que le secteur privé vend Pearl, la dérogation spéciale ne s'applique plus mais les femmes aimeraient bien retrouver le côté pratique de ces achats.

Clarifier le rôle des bailleurs de fonds

Le rôle des bailleurs de fonds a été mentionné dans les huit études de cas. Dans l'ensemble, les répondants avaient une vue favorable des bailleurs de fonds mais un grand nombre se préoccupaient pourtant du fait que les bailleurs ont tendance à faire passer au premier plan leurs propres priorités dans le domaine de la santé reproductive et qu'en plus, ils ne coordonnent pas bien entre eux.

Bangladesh. Au Bangladesh, un grand nombre de répondants y compris certains bailleurs de fonds n'étaient guère satisfaits du rôle joué par les bailleurs de fonds au niveau de

l'influence et de la direction de la formulation des politiques. D'après un bailleur de fonds, il existe un trop grand nombre de donateurs au Bangladesh, tirant le gouvernement dans un trop grand nombre de directions. Les bailleurs de fonds essaient d'imposer leurs propres programmes au Bangladesh et n'arrêtent pas de changer de programme. Le représentant d'un bailleur de fonds indique que « probablement qu'il y a trop d'argent ici. Tous les grands bailleurs de fonds internationaux sont là et les affaires vont bon train ici. Le Bangladesh a un programme important et le gouvernement ainsi que les ONG peuvent monter un bailleur contre un autre. Cela crée des inefficacités. Par exemple, la nutrition n'est pas traitée correctement et certains bailleurs de fonds insistent sur la planification familiale sans envisager l'approche intégrée. Ils sont en train de mettre en place un programme vertical séparé pour le VIH/SIDA ».

Népal. Plus de la moitié des répondants au Népal pensaient que le pays dépendait fortement de l'aide étrangère et que les bailleurs de fonds imposent leur propre programme de santé reproductive. Tel que l'indique un répondant d'une ONG, « le MSP n'est pas en position d'imposer sa volonté aux bailleurs de fonds et, par conséquent, ces derniers insistent sur des volets séparés ». Un répondant d'une organisation d'assistance technique américaine fait le commentaire suivant : « Les bailleurs de fonds n'arrivent pas à se mettre d'accord sur une définition de la santé reproductive. » Un membre d'un groupe de donateurs affirme que « la coordination entre les bailleurs de fonds est très faible. Les bailleurs dirigent le programme et imposent leurs propres priorités ». Un représentant officiel du MSP mentionne que « les bailleurs de fonds payent avec leurs propres ressources mais le MSP n'aime pas l'idée de fournir un sous-ensemble différent de services dans chaque région ».

Jordanie. Certains répondants ont signalé que la Jordanie dépendait fortement des crédits alloués par les bailleurs de fonds. Un répondant du MSSS pense que les niveaux de financement sont adéquats mais que les crédits alloués à la planification familiale et à la santé reproductive devraient être octroyés au MSSS plutôt qu'aux projets des ONG. Un autre répondant du MSSS a indiqué que les bailleurs de fonds insistent de trop sur la planification familiale et que les crédits devraient également être alloués à d'autres domaines sanitaires. Les répondants avaient de différentes vues sur la coordination entre bailleurs de fonds. Certains pensaient que la coordination était faible ou non existante alors que d'autres trouvaient qu'elle était satisfaisante.

Ghana. Au Ghana, un nouveau système national de budgétisation demande que les bailleurs de fonds contribuent à un fonds public commun. Divers secteurs dont la santé sont supposés mettre en place leurs propres programmes quel que soit le financement externe. Selon un répondant du NPC, « alors les programmes sont davantage adaptés aux pays plutôt qu'aux bailleurs de fonds » et le MSP coordonne le financement des bailleurs de fonds en fonction de ses propres priorités. Un représentant officiel du gouvernement fait savoir qu'« ainsi les bailleurs vous respectent davantage. Ils voient rapidement si vous n'avez pas de programme spécifique et ils vous imposent le leur ». Mais un répondant d'un bailleur de fonds indique que l'approche constitue de fait un obstacle : « Le problème se situe au niveau de la méthodologie bureaucratique de chaque bailleur de fonds lui dictant la manière dont il peut contribuer. Le bon côté, c'est qu'on travaille avec le plan du MSP. Cela donne une autre orientation mais le fait de parachuter ainsi des programmes d'une année n'est pas la meilleure solution. Une approche communautaire aiderait à ce niveau. »

« La planification familiale et le SIDA reçoivent une attention excessive de la part des bailleurs de fonds et d'autres domaines de la planification familiale sont négligés. »
Représentant d'un bailleur de fonds au Sénégal

Sénégal. Certains répondants au Sénégal ont mentionné le caractère incohérent des interventions des bailleurs de fonds surtout la division des régions entre bailleurs de fonds qui entraîne une fragmentation du programme de santé reproductive. Les répondants indiquent que, pour les bailleurs de fonds, la planification familiale et le SIDA sont les priorités. De fait, plusieurs répondants sénégalais se sont plaints de l'importance excessive attachée à la planification familiale au détriment d'autres questions de santé. Les répondants conviennent de l'importance de la planification familiale mais certains indiquent que le paludisme, cause principale de mortalité, reçoit une attention moindre de la part des bailleurs de fonds. Le Document de stratégie de la population (1997-2001) indique que, même au sein de la santé reproductive, des domaines tels que la mortalité maternelle et l'infécondité ne reçoivent pas toute l'attention nécessaire. Certains répondants signalent que les MST ont été reléguées au deuxième plan car le SIDA attire toute l'attention et pourtant les MST restent un problème important. Un représentant d'un bailleur de fonds est d'accord : « La planification familiale et le SIDA reçoivent une attention excessive de la part des bailleurs de fonds et d'autres domaines de la planification familiale sont négligés. » Certains répondants pensaient que, suite à l'adoption du programme national de santé reproductive, les bailleurs de fonds seraient forcés de s'adapter à cette approche programmatique et le financement reflèterait davantage les priorités publiques.

Jamaïque. Certains répondants ont noté que la direction des programmes en Jamaïque tend à refléter les intérêts des bailleurs de fonds. Un représentant du secteur privé indique que « les projets ont tendance à être guidés par les bailleurs de fonds au vu de l'économie actuelle. A présent, ils se concentrent sur les adolescents ». Un représentant d'un bailleur de fonds indique que l'approche orientée sur les intérêts des bailleurs de fonds influence la capacité de collaboration des activités. « Notre travail est influencé fortement par les bailleurs de fonds car il existe des délais d'exécution – les organisations doivent finir le travail à telle ou telle date – et les institutions n'ont pas le temps de collaborer avec d'autres organismes en Jamaïque. » Les répondants mentionnent également le manque de coordination entre bailleurs de fonds. Selon un représentant du secteur privé en Jamaïque, « je suis préoccupé dans une certaine mesure par le manque de liens entre les bailleurs de fonds. Les choses ne sont pas même coordonnées dans le domaine des adolescents. Chacun veut arriver en premier et être le plus reconnu ». Un représentant d'une ONG ajoute que « nous avons besoin d'une meilleure intégration des organismes de financement et d'une meilleure collaboration. Ils ont différents objectifs et différentes politiques et souvent le travail est fait en double ».

« Nous avons besoin d'une meilleure intégration des organismes de financement et d'une meilleure collaboration. Ils ont différents objectifs et différentes politiques et souvent le travail est fait en double. »

Répondant d'une ONG en Jamaïque

Pérou. Il y a encore trois ans de cela, l'essentiel du financement des bailleurs de fonds au Pérou était consacré à la planification familiale et une toute petite proportion revenait à d'autres

services de santé reproductive. Un répondant du MINSA indique que le financement des bailleurs de fonds pour d'autres éléments de la santé reproductive augmente depuis la CIPD, au point où le ministère reçoit maintenant 50% du financement consacré à la planification familiale. De plus, de nouveaux projets de planification familiale ont adopté l'approche santé reproductive. Pourtant on continue de penser que les bailleurs de fonds insistent surtout sur la planification familiale. Un autre répondant du MINSA indique qu'« ils se montrent intéressés par d'autres domaines mais dans la réalité, cela ne se traduit pas par un soutien financier important ». Un répondant d'une organisation d'assistance technique américaine travaillant avec les jeunes indique que les bailleurs de fonds cherchent à financer des activités avec les jeunes au Pérou, surtout au vu du contexte politique favorable. La coordination entre bailleurs de fonds semble informelle.

Maintenir l'optique à long terme

Dernier message et peut-être le plus important des huit études de cas : les choses ne changent pas du jour au lendemain. Dans bien des pays, les répondants ont noté que seules trois ans s'étaient écoulés (au moment des interviews pour les études de cas) depuis la CIPD de 1994, temps insuffisant pour déterminer le niveau de réussite des politiques et programmes de santé reproductive. Un grand nombre de répondants ont indiqué que, malgré les énormes défis et une certaine opposition à la nouvelle orientation de santé reproductive, les mesures prises vont dans la bonne direction.

Bangladesh. Un représentant d'une ONG au Bangladesh indique : « Il est difficile de juger des accomplissements concernant la santé reproductive car nous venons juste de commencer à aller dans cette direction. La santé reproductive, c'est une nouvelle vision du programme entier puisque qu'on insiste sur les services dispensés à toute la famille [...] engager et organiser les femmes a créé une certaine mobilité et des aspirations plus élevées parmi le secteur le plus pauvre, montrant ainsi qu'il est possible de réussir dans des sociétés avec des taux élevés d'alphabétisation et une mortalité infantile et juvénile élevée. »

Inde. L'Inde en est aux premières étapes de l'adoption de l'approche de santé reproductive. Les défis à relever sont de taille. La politique de santé reproductive a été formulée mais il faudra plusieurs années avant de pouvoir juger de la réussite de l'initiative. Et pourtant les mesures concrètes prises pour arriver à un choix plus informé, pour répondre aux besoins individuels, améliorer la qualité et mettre en place un processus participatif semblent bien guider le programme dans la bonne direction.

Jordanie. Le processus de formulation et de mise en œuvre en Jordanie est progressif et tel que l'observe un bailleur de fonds, « la cadence est plutôt lente ». Aussi, trois ans après le Caire, les petits pas faits dans ce pays en vue de faire progresser les politiques et les programmes de santé reproductive donnent lieu à un optimisme relatif quant aux changements socio-économiques positifs.

Sénégal. Plusieurs répondants ont indiqué que, au Sénégal, il est extrêmement important d'arriver à un consensus sur la manière de réaliser les programmes de santé reproductive. Un répondant d'une organisation d'assistance technique aux Etats-Unis signale que « si quelqu'un

est opposé, vous ne pouvez pas le forcer. Vous devez dialoguer ». Les répondants étaient tous d'accord pour dire qu'il était trop tôt pour évaluer l'impact de la nouvelle approche de santé reproductive au Sénégal, indiquant que trois ans seulement s'étaient écoulés depuis la CIPD. Un répondant d'un bailleur de fonds indique que l'on connaît à présent les avantages de la nouvelle approche mais les faits montrent que celle-ci ne sera pas forcément facile à réaliser. Cela prend du temps pour réorienter les services vers la santé reproductive et aucun impact ne sera ressenti pendant quelques temps. Selon un répondant, « le danger, c'est que les gens abandonnent trop vite, disant que la santé reproductive ne fonctionne pas et qu'ils reviennent à l'ancienne approche ».

Jamaïque. En Jamaïque, un représentant du gouvernement indique : « Il faut des années pour que les choses changent et je le dis par expérience. Nous faisons des progrès encourageant les gens à penser de plus en plus en termes d'intégration. »

Récapitulatif et conclusion

Un grand nombre des huit pays ont fait des progrès considérables concernant l'adoption et la mise en œuvre du *Programme d'action* de la CIPD de 1994. Les conclusions présentées dans ce document se fondent uniquement sur huit études de cas mais l'évaluation n'en portait pas moins sur toutes les régions du monde et avait retenu des pays de différentes tailles et avec divers niveaux de développement économique. De plus, l'évaluation se fondait sur une méthodologie uniforme appliquée à tous les pays. Le Tableau A3 en Annexe récapitule le contexte des politiques de santé reproductive dans les huit pays.

Le Tableau 2 indique les progrès faits par chacun des huit pays sur le plan des cinq étapes de la mise en œuvre du *Programme d'action* de la CIPD de 1994. Les cinq étapes ne sont pas forcément chronologiques. Les pays n'ont généralement pas traité simultanément les diverses étapes. Selon le pays, telle ou telle étape a été retenue en premier et adaptée aux circonstances locales. Les résultats montrent que, dans leurs contextes socioculturels et programmatiques qui leur sont propres, les pays ont fait des progrès significatifs donnant à la santé reproductive une place importante au programme de santé national. Tous les pays ont adopté la définition du Caire sur la santé reproductive soit intégralement soit partiellement. Le dialogue en matière de politiques a eu lieu dans les plus hautes sphères dans tous les pays. En outre, tous les pays ont fait des progrès considérables pour élargir la participation à la formulation des politiques bien que les résultats varient à ce niveau. Le Bangladesh, le Sénégal et le Ghana ont bien réussi à engager les ONG et les organisations de la société civile au processus de formulation des politiques et programmes. Porter les droits en matière de reproduction au programme national demande des efforts continus dans tous les pays.

Les études de cas montrent de manière quasi-uniforme que les pays rencontrent des difficultés aux niveaux suivants : fixer les priorités, trouver le financement et mettre en œuvre les interventions de santé reproductive. Le Bangladesh a fait le plus de progrès dans ces domaines alors que l'Inde, le Népal, le Ghana, le Sénégal, la Jamaïque et le Pérou commencent à prendre les mesures nécessaires pour mettre en œuvre les activités de santé reproductive. La Jordanie continue à se concentrer uniquement sur la planification familiale. Tel que noté dans les analyses des pays, tous les pays avaient inclus avant 1994 certains éléments des services de santé reproductive à leurs programmes de santé et de planification familiale.

Se plaçant dans l'optique des bailleurs de fonds et des organisations d'assistance technique, le Tableau 2 fait ressortir deux grands domaines auxquels il s'agit de prêter attention dans un avenir proche. En Inde, au Népal, en Jordanie, au Sénégal et au Pérou, le niveau de participation et de soutien politique pour la santé reproductive risque de ne pas être suffisant pour passer facilement à l'étape suivante d'importance capitale, celle de la mise en œuvre de l'approche. Des efforts continus de plaidoyer et l'élargissement du processus décisionnel permettraient aux pays de progresser plus rapidement vers la mise en œuvre. Il sera impossible pour les pays de faire des progrès importants du point de vue mise en œuvre s'ils ne classent pas par ordre prioritaire leurs interventions de santé reproductive et s'ils ne formulent pas des plans bien conçus pour introduire ou renforcer la prestation de ces services. En supposant qu'il est impossible dans un avenir proche de fournir toute la gamme de services dont il est question dans le *Programme d'action* de la CIPD, les pays devront se donner des priorités et réaliser étape par

étape les diverses interventions sans oublier de continuer à améliorer les services existants. De plus, il n'est pas possible de budgétiser, d'octroyer les ressources aux programmes et de financer des services supplémentaires de santé reproductive si les pays ne se donnent pas des priorités en ce qui concerne leurs activités de santé reproductive et s'ils ne formulent pas des plans d'exécution.

En guise de conclusion, il convient de noter que les huit études de cas montrent que des progrès importants ont été faits concernant l'adoption du *Programme d'action* de la CIPD lors des années qui ont suivi le Caire, surtout du point de vue soutien accru et processus élargis à la base des changements de politiques et améliorations de programmes. Malgré de nombreux signes encourageants, peu de progrès ont été faits pour traduire le *Programme d'action* dans la réalité et cela n'est guère surprenant. En effet, il a fallu plus d'une génération pour arriver à l'adoption et à la mise en œuvre de programmes de planification familiale dans le monde entier et la tâche est loin d'être achevée. L'Inde célébrera prochainement le 50e anniversaire de son programme de planification familiale et pourtant, il signale qu'il existe encore des dizaines de millions d'utilisateurs peu desservis et d'utilisateurs potentiels. Il n'est pas réaliste de penser que les pays peuvent en l'espace de trois ans et demi mettre en place le soutien nécessaire, et adopter et mettre en œuvre un plan élargi de services de santé reproductive. Les progrès faits à ce jour constituent le point de départ logique de la définition et de l'adoption des politiques et principes de santé reproductive ainsi que du soutien politique et populaire nécessaire à cette fin. L'étape critique suivante à cet effet consiste à aider les pays à se donner des priorités pour les interventions de santé reproductive et à élaborer des budgets et des stratégies pour les traduire dans la réalité.

TABLEAU 2. PROGRÈS FAITS EN VUE DE METTRE EN ŒUVRE LE PROGRAMME D'ACTION DE LA CIPD DE 1994 DANS LES HUIT PAYS, 1997

PAYS	DEFINITION ET ADOPTION DE LA SANTE REPRODUCTIVE	PARTICIPATION DES DECIDEURS A LA FORMATION DES POLITIQUES ET LA PLANIFICATION DES PROGRAMMES	SOUTIEN DES DECIDEURS A LA SANTE REPRODUCTIVE	DEFINITION DES PRIORITES PARMIS LES ELEMENTS DE LA SANTE REPRODUCTIVE	MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE SANTE REPRODUCTIVE	EFFORTS DU GOUVERNEMENT POUR MOBILISER LES RESSOURCES POUR LA SANTE REPRODUCTIVE
	++ CIPD adoptée + vers la CIPD = même situation	++ importante + partielle = faible	++ important + partiel = faible	++ entièrement définies + partiellement définies = pas de changement	++ entièrement + partiellement = peu/pas de changement	++ solides + partiels = peu/pas de changement
Bangladesh	++	++	++	+	+	++
Inde	++	+	+	+	+	=
Népal	++	=	=	=	+	=
Jordanie	+	+	+	=	=	=
Ghana	++	++	++	+	+	=
Sénégal	++	++	+	=	+	+
Jamaïque	++	+	++	=	+	+
Pérou	+	+	+	+	=	++

Annexe

Tables récapitulatives de politiques et programmes de santé reproductive dans huit pays, 1997

Table A1: Existence of Policies Covering Reproductive Health Components in Eight Countries, 1997

Components of Reproductive Health (RH)	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Family planning	1973 National Population Policy	1952 National Population Policy, 1994 draft National Population Policy, 1996 RCH Policy	1996 RH Strategy; covers most components of RH	1994 National Population Policy, 1996 RH Service Policy and Standards, 1995 Vision 2020, 1996 Adolescent RH Policy (draft)	1997 National Program for RH	1993 National Birth Spacing Policy, 1996 National Population Strategy	1995 Revised Population Policy, National Plan of Action on Population and Development (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)
Postabortion care	1997 RH Policy (draft)	1971 policy	1996 RH Strategy	1996 RH Service Policy and Standards	1997 National Program for RH	Not covered	Abortion illegal; postabortion care mentioned in Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)
Safe pregnancy	1997 RH Policy (draft)	1992 Child Survival and Safe Motherhood Policy	1996 RH Strategy	1994 National Population Policy, 1996 RH Service Policy and Standards	1997 National Program for RH	1996 National Population Strategy	Noted in 1995 Population Policy and Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)
RTIs	1997 RH Policy (draft)	1996 RCH Policy	1995 National Policy covers STIs/HIV/AIDS	1996 RH Service Policy and Standards, 1996 Adolescent RH Policy (draft)	1997 National Program for RH	Not covered	Noted in Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)

Table A1: Existence of Policies Covering Reproductive Health Components in Eight Countries, 1997

Components of Reproductive Health (RH)	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
STDs	1997 RH Policy (draft)	1996 RCH Policy	1995 National Policy covers STIs/HIV/AIDS	1992 Guidelines for AIDs Prevention and Control, 1994 Population Policy, 1996 RH Service Policy and Standards, 1997 National Policy on AIDS (draft), 1996 Adolescent RH Policy (draft)	1997 National Program for RH	Not covered	No national policy; strong STD/AIDS program	Not covered
HIV/AIDS	1997 HIV/AIDS Policy	1997 policy	1995 National Policy covers STIs/HIV/AIDS	1992 Guidelines for AIDs Prevention and Control, 1994 National Population Policy, 1996 RH Service Policy and Standards, 1997 National Policy on AIDS (draft), 1996 Adolescent RH Policy (draft), 1995 Vision 2020	1997 National Program for RH	Not covered	No national policy; strong STD/AIDS program	1989 AIDS Control Program
RH services for adolescents	1997 RH Policy (draft)	1997 Youth Policy (draft)	No national policy; mentioned in the RH Strategy	1996 RH Service Policy and Standards, 1996 Adolescent RH Policy (draft)	1997 National Program for RH	Not covered	Being drafted; noted in Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)

Table A1: Existence of Policies Covering Reproductive Health Components in Eight Countries, 1997

Components of Reproductive Health (RH)	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Maternal and infant nutrition	1997 RH Policy (draft)	1992 Child Survival and Safe Motherhood Policy	Maternal nutrition mentioned under RH Strategy Child health covered by separate division of MOH	1996 RH Service Policy and Standards, 1995 Vision 2020.	1997 National Program for RH	1993 National Birth Spacing Policy, 1996 National Population Strategy, 1993 National Plan of Action for Childhood	Noted in Plan of Action (1995–2015)	Not covered
Cancers of the reproductive tract	Not covered	Not covered	Covered	1996 RH Service Policy and Standards	1997 National Program for RH	Not covered	Noted in Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)
Infertility	Not covered	Not covered	Covered	1996 RH Service Policy and Standards	1997 National Program for RH	Not covered	Noted in Plan of Action (1995–2015)	1996 Program of RH (1996–2000)
Female genital mutilation	NA	NA	NA	1994 Female Genital Mutilation Law, 1996 RH Service Policy and Standards, 1996 Adolescent RH Policy (draft)	1997 National Program for RH	NA	NA	NA
Gender-based violence	Cruelty to Women Act 1997	Not covered	NA	1996 Adolescent RH Policy (draft) (Violence against adolescents and bias against girl-child)	1997 National Program for RH	Not covered	1995 Violence against Persons Act	1996 Plan Nacional de Accion Mujer y Desarrollo

NA= not applicable.

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Family planning	National	Program implemented; now shifting to target-free FP services; more emphasis on short-term methods	RH strategy formulated in 1996 and officially adopted in February 1998 not disseminated or implemented for any of its components FP norms and guidelines published in 1996 and disseminated to all providers	National	Services available in government, NGO, and private sectors; no community-based distribution, limited social marketing	National; services available in government/ NGO and private sectors	Services available through MOH/PHC/ MCH, NFPB, NGOs, private providers, social marketing No changes in government FP program since ICPD; FAMPLAN expanding to RH services Revising service delivery guidelines	Services available in government, NGO, and private sectors; sterilization legalized in 1995 and added to government program
Postabortion care	Planned	Program implemented	No formal guidelines; abortion is a criminal procedure in Nepal; postabortion care pilot project was set up at the National Maternity Hospital (funded by USAID)	Planned; some training of midwives and physicians	Pilot operations research project getting started	Services available in some government and private sector hospitals and clinics	Services available through MOH/ PHC/MCH, some NGOs and private providers	Small initiative in some hospitals

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Safe pregnancy	Planned	Program implemented	National cell established within Family Health Division Safe pregnancy pilot projects run by donors within different districts	National	Services available in government, NGO, and private sectors	National; services available in government, NGO, and private sectors	Services available through MOH/PHC/MCH, some NGOs, and private providers Updating service delivery guidelines for MCH services	Prenatal, delivery, and postnatal services in the public and private sectors; “Emergency Plan for the Reduction of Maternal Mortality” launched in 1996
RTIs	Planned	Planned under RCH program	Falls under National AIDS/STD Center Policies implemented slowly AIDSCAP has programs along the Nepal-India border for high-risk populations	National, but not all levels of providers have been trained	Services available through the private sector, in public sector hospitals, and in some health centers; training of public sector staff in treating RTIs is planned	National; services available in government, NGO, and private sectors; most clients served in private sector	Services available through MOH/PHC/MCH and MOH/secondary care and MOH/Epidemiology Unit (EPI), which runs the STD/AIDS program	No program but treats whoever walks in
STDs	Planned	Planned under RCH program	As above	National, but not all levels of providers have been trained	Norms for the syndromic diagnosis and treatment of STDs developed and staff trained, but norms not yet integrated into MSAS’s flow chart	National; services available in government, NGO, and private sectors; most clients served in private sector	Strong STD/AIDS program through MOH/EPI	Program implemented

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
HIV/AIDS	Planned	Program implemented through the National AIDS Coordinating Organization (NACO)	As above	National; concentration on education	National AIDS Control Program established in 1990; IEC campaign, but limited condom promotion	Services available in public and private sectors; education in public, NGO and private sectors; most clients served in private sector	Strong STD/AIDS program through MOH/EPI	Program implemented
RH services for adolescents	Planned, married adolescents only	Policy development stage	IPPF affiliate has several youth programs that address young adult reproductive health, vocational training, and skill building Provision of comprehensive RH services for youth mentioned in the RH Strategy, but the MOH is not taking any steps in that direction	National; concentration on education	Many projects and agencies involved; IEC programs for youth in place for years, just beginning projects that offer services to youth; new focus on out-of school youth	Not covered in public sector; NGOs involved in education	A high priority for Jamaica; working on USAID-funded Adolescent Upliftment Project; UNFPA designing a project; USAID designing another project	Implemented in some regions

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Maternal and infant nutrition	National, but not well implemented; planned under RH	Program being implemented	Programs for anemia and breastfeeding ongoing as a component of the MCH program	National	Breastfeeding, growth monitoring, diarrhea control, and prevention of anemia included in minimum package of services at health posts; National Program for Control of Malnutrition and National Program for Community Nutrition	National; services available in government, NGO, and private sectors	Noted in Plan of Action (1995–2015); not sure about program activities	No information
Cancers of the reproductive tract	Not addressed	Not addressed	Mentioned in the RH Strategy; however, programs for screening and treatment available only in urban centers like Kathmandu	Planned, presently teach breast self-examination	Addressed in national program, but few services are available	National; services available in government, NGO, and private sectors	Covered through MOH/PHC/MCH centers (not at all levels) and MOH/secondary care and private providers	Program being planned

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Infertility	Not addressed	Not addressed	Mentioned as a component of RH package in the strategy Plans to initiate services for infertility, mostly through education for prevention of infertility Plans to upgrade district hospitals to be able to diagnose and treat /refer	National counseling, some private hospitals have in-vitro fertilization	Addressed primarily through the public sector, mainly through STD control	In public sector, in Royal Medical Service Hospital only; in private sector, including University of Jordan Hospital	New infertility center opening at the University of the West Indies; private providers and NGOs work in this area	No program
Female genital mutilation	NA	NA	NA	National	NGOs and MFEF working to raise awareness mostly through new initiatives	NA	NA	NA

Table A2: Stage of Implementation of Components of Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Reproductive Health	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Gender-based violence	Draft statute	Not addressed through RCH program	Not included in the RH definition	Not addressed	Addressed in PAIP, but no program currently being implemented	Not specifically addressed; counseling if clients request	Some links between MOH and rape unit of police Bureau of Women's Affairs and women's NGOs working on component FAMPLAN starting a project in 1998	Program implemented, but weak
Integrated services	All but cancer and infertility; national government program	Integration of FP, safe motherhood, abortion, child survival, and STD services planned through the RCH program in some districts	Plans to integrate all components except gender-based violence and possibly special adolescent services	National, service integration not complete; referral systems in place	Planning to integrate all components at central level; some pilot projects have integrated services	Components of RH not well integrated in MOHHC; NGO services better integrated	MCH and FP integrated; considering integration of FP and RTI/STD/AIDS programs; pilot project in North-east region; FAMPLAN has successful integration program	FP, cancer, maternal health, and youth integrated at MOH central level; STD/AIDS separate; service delivery in health centers link components of RH.

Table A3: Policy Environment for Implementing Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997

Component of Policy Environment	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Level of participation in RH policy/program development from								
Government ministries (other than MOH)	High	High	Low	Medium/high	High	Low	High	Medium
RH NGOs	High	Medium	Medium	High	High	Medium	Medium	Medium
Women's advocacy groups	Medium	Medium	Low	High	Low	Medium/high	Low	Medium
Religious leaders	Low	None	None	Medium	Low	Medium	None	None
Community leaders	Low	None	Low	Medium/high	Low	Low	None	Medium
University	—	—	—	High	—	High	Medium	—
Level of support for RH from political leaders								
President/prime minister/king	High	Low	Low	Medium	Medium	Low	High	Medium
Parliament/ministers	High	Low	Low	Low	Medium	Low/medium ³	High	Medium
Level of support and influence for RH from religious leaders								
Support	Medium	Low	Low	Medium	Medium	Medium	Medium	Low
Influence	Low	Medium	Low	Medium	High	High	Low	Medium
RH implementation plans exist								
National	Yes, 1997	Yes, 1996	Yes, 1996	Yes	Yes	No	No	Yes
Subnational	Yes, 1997	Yes, 1996	No	Yes	Yes	No	No	Not sure
Structure for RH program								
Integrated	Planned program is integrated at service level	Integrated, except NACO, which deals with HIV/AIDS/STDs	Integrated with HIV/AIDS	Integrated, mostly FP and MCH with STDs and postabortion care	Integration in progress	NGOs have integrated services; government has vertical services	FP/MCH integrated; STD/AIDS may be integrated with FP/MCH	FP, youth, cancer, maternal health integrated; STD/AIDS separate
Vertical								

Table A3: Policy Environment for Implementing Reproductive Health Programs in Eight Countries, 1997								
Component of Policy Environment	Country							
	Bangladesh	India	Nepal	Ghana	Senegal	Jordan	Jamaica	Peru
Health care providers have knowledge of RH policy and program components								
Public sector	Few	Most	Some	Some	Most	Some	Few	Most
Private sector	Some	A few	Few	Some	Some	Some	Few	Some
NGOs	Most	Most	Most	Most	Most	Most	Some	Most
Health care providers have training in RH components								
Public sector	Few	Some	Some ²	Some	Most	Few	Few	Most
Private sector	Most	A few	Few	Some	Some	Some	Few	Some
NGOs	Most	Some	Some	Some	Most	Some	Some	Most
Resources allocated for RH have increased as a result of 1994 ICPD in the								
Public sector	Yes	No	No ³	Yes	Yes	No	Not sure ⁴	Yes
Private sector	No	No	No	Yes	No	No	No	No
NGOs	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes
Donors	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes
Resources for RH program implementation are sufficient	Yes for components in program	No for most components	No for most components	No for most components	No	No	No for most components	No
Percent of resources for RH program implementation that are national (level of reliance on donor funds for RH)	27% of program budget; 90% of salary budget	89% in 1987 85% in 1996	No clear response	No clear response	Likely high	No clear response	Program staff not sure if government budget allocation to RH components is increasing	Medium to low

¹ They are trained in the components but will need upgraded skills under the new RH Strategy.

² The resources are unchanged, but the budget allocation is now for RH not MCH.

³ The support of the Minister of Health is medium.

⁴ Program staff not sure if government budget allocation to RH components is increasing. Donor assistance has been reduced over the past five years. The government has picked up the cost of contraceptives during the USAID phase-out (ending in 1998). Donors are now funding adolescent RH activities.

Références

- Almasarweh, I. 1997. "Population and Development in Jordan." Consultant report for UNFPA. Amman: UNFPA.
- Becker, J. and E. Leitman. 1997. "Introducing Sexuality within Family Planning: The Experience of Three HIV/STD Prevention Projects from Latin America and the Caribbean." *Quality/Calidad/Qualite* 8.
- Bureau of the Census. 1997. HIV/AIDS Surveillance Database. Washington, DC: Department of Commerce.
- Hardee, K. and K.M. Yount. 1995. *From Rhetoric to Reality: Delivering Reproductive Health Promises through Integrated Services*. Family Health International Working Papers, No. WP-95-01. Research Triangle Park: Family Health International.
- Ministry of Health (MOH). 1997. *Second Long-Term Health Plan, 1997–2017*. Kathmandu: Ministry of Health.
- MOH/Department of Health Services. 1997. *Annual Report, 1996/97*. Kathmandu: Ministry of Health.
- MOH/Policy, Planning, Supervision and Monitoring Division. 1991. *National Health Policy*. Kathmandu: Ministry of Health.
- Ministry of Health and Family Welfare. 1997. *Health and Population Sector Strategy (HPSS)*. Dhaka: Government of the People's Republic of Bangladesh.
- Planning Institute of Jamaica (PIOJ). 1995. *A Statement of National Population Policy*. Revised 1995. Kingston: PIOJ.
- POPTECH. 1995. *Bangladesh Family Planning and Health Services: Strategic Options Report*. Population Technical Assistance Project Report No. 95-040-027. Arlington, VA: POPTECH.
- Population Council and MSAS. 1995. *Situation Analysis of the Family Planning Service Delivery System in Senegal*. Dakar: Population Council and MSAS.
- USAID. 1995. *Population and Health Customer Appraisal*. RFA-USAID/Bangladesh-96-P-002. Dhaka: USAID.
- World Bank. 1997. *World Bank Development Indicators 1997*. Washington, DC: The World Bank.
- World Health Organization (WHO). 1996. *Integration of Health Care Delivery*. Report of a WHO Study Group. WHO Technical Report Series 861. Geneva: WHO.
- Wright, M.W., N. Blumberg, and H. McKenzie. 1995. "Midterm Evaluation of the USAID/Jamaica Family Planning Initiatives Project (FPIP)." POPTECH Report No. 95-047-032. Arlington, VA: POPTECH.